

施設記入欄	受付日	見学日	診断書	契約日	開始日	確認印			備考
						医師	リハ	通所	

介護老人保健施設 樹の丘 **短時間 通所リハビリテーション利用申込書**

年 月 日

利用者	フリガナ 氏名	様	男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳
	現住所 〒	電話 ()		
申込者	フリガナ 氏名	様	利用者様との関係	
	住所 〒	電話 () FAX () 携帯		
介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 (要介護 1 ・ 要介護 2) 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日			
希望日	月 (AM ・ PM) ・ 火 (AM ・ PM) ・ 木 (AM ・ PM) ・ 金 (AM ・ PM)			
送迎	あり ・ なし (徒歩 ・ 公共交通機関利用 ・ その他)			
現在の状況	1、自宅で生活 2、施設入所 医療機関への受診 している ・ していない 医療機関名 () 病名 ()			
居宅介護支援事業所及び関係機関	事業所名			
	住所	電話 ()		
	フリガナ	FAX ()		
	担当者			