

周防大島町立介護老人保健施設 さざなみ苑  
**通所リハビリテーション 利用 申込書**

申込日： 年 月 日

利用希望者	氏名	ふりがな	性別	生年月日 大正・昭和			
	住所	〒	男・女	年	月	日生 ( 歳)	
			電話番号	( )	-		
介護保険		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 保険証番号					
		認定日			年	月	日
		認定期間			年	月	日 まで
連絡先①		氏名	続柄	電話番号			
<input type="checkbox"/> キパーリ <input type="checkbox"/> 主介護者		住所		( )	-		
連絡先②		氏名		( )	-		
<input type="checkbox"/> キパーリ <input type="checkbox"/> 主介護者		住所		( )	-		
家族状況				構成			
氏名	年齢	続柄	住所	職業・備考			
				キパーリ ( )			
				主介護者 ( )			
希望サービス	利用希望日	月・火・水・木・金		送迎	無・有 ( まで)		
	目的	リハビリテーション 食事 入浴 リハビリテーション		入浴	無・有 ( 一般浴・介助浴)		
		その他 ( )					
主治医		病医院名			電話番号	( ) -	
		担当医名					
居宅介護支援事業所		事業所名			電話番号	( ) -	
		担当者					
利用希望者宅の地図 (目印になるような所からご記入ください。)				現在利用しているサービス			
				サービス内容	事業所名		
				<input type="checkbox"/> 訪問介護	( )		
				<input type="checkbox"/> 訪問看護	( )		
				<input type="checkbox"/> 訪問リハ	( )		
				<input type="checkbox"/> 訪問入浴	( )		
				<input type="checkbox"/> デイサービス	( )		
				<input type="checkbox"/> デイケア	( )		
				<input type="checkbox"/> 短期入所	( )		
				<input type="checkbox"/> 配食	( )		
				<input type="checkbox"/>	( )		

記入年月日	年 月 日	記入者氏名	
-------	-------	-------	--