

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																				
			男・女	年 月 日生（ 歳）																				
	住所	〒	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 ～ 年 月 日まで																						
連絡先① ☐ キ-パ-リ-ソ ☐ 主介護者		氏名	続柄	電話番号																				
				() -																				
		住所		() -																				
連絡先② ☐ キ-パ-リ-ソ ☐ 主介護者		氏名		() -																				
				() -																				
		住所		() -																				
家族状況													構成											
氏名	年齢	続柄	住所	職業・備考																				
希望サービス	利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金											送迎	無 ・ 有（ まで）										
													入浴	無 ・ 有（一般浴 ・ 介助浴）										
	目的	リハ-リ-ソ-ン 食事 入浴 リハ-リ-ソ-ン 介助者の休養 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											
													☐ 訪問介護 ()											
													☐ 訪問看護 ()											
													☐ 訪問リハ ()											
													☐ 訪問入浴 ()											
													☐ デイサービス ()											
													☐ デイケア ()											
													☐ 短期入所 ()											
													☐ 配食 ()											
													☐ ()											
記入年月日		年 月 日											記入者氏名											

周防大島町立介護老人保健施設さざなみ苑