

訪問リハビリ 申込書（新規・体験）

記入者：_____

申込日：_____年 _____月 _____日

1.ご利用者様情報

フリガナ			
氏名	様(男・女) 生年月日： _____年 _____月 _____日 (_____才)		
電話番号	_____	携帯番号	_____
住所	〒 _____		
介護度	☐ 申請中 (申請日： _____年 _____月 _____日) ☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5 ☐ 区分変更中		
介護認定期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日		
保険証番号	_____		
事業所	TEL： _____ FAX： _____		
担当ケアマネージャー	TEL： _____		
公費	生 保 ・ 国 費 (原爆・その他)		
利用希望日	_____年 _____月 _____日から開始希望 月・火・水・金・土 _____回/週 ※上限利用回数 40分の場合は3回/週まで、 60分の場合は2回/週まで		
利用時間	4 0 分 ・ 6 0 分 利用可能時間帯： _____		
現在状況	・在宅生活中 独居・同居 (_____) ・入院中 施設名 (_____) 退院予定日 (_____)		
かかりつけ医	病院名： _____ 医師名： _____ 住所： _____ TEL： _____		
利用希望理由や その他伝えたい事			
体験希望日	体験希望の場合ご記入ください。 ① _____月 _____日 _____時頃 ② _____月 _____日 _____時頃 ③ _____月 _____日 _____時頃		

2.キーパーソン

フリガナ			
氏名	(続柄： _____)		
電話番号	_____	携帯番号	_____
住所	_____		

3.同居家族構成