

いしまるクリニック 通所リハビリテーション 利用・見学 申込書

対象者名	フリガナ	男・女	住所	〒
	様			
	明・大・昭 年 月 日 (歳)			電話番号 ()

体験希望日	第一希望	平成 年 月 日 ()	移動	独歩・T字杖・シルバーカー・その他
	第二希望	平成 年 月 日 ()	介助量	自立・見守り・一部介助・全介助

1. 基本利用者情報

介護保険	保険者番号		被保険者番号	
	要介護度	申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	認定日	平成 年 月 日		
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
主治医またはかかりつけ医	医療機関名	電話番号 ()		
	医師名	診療科 ()		
	主疾患名			
	診察頻度	診療方法 (外来受診 ・ 往診)		
緊急連絡先	① フリガナ 氏名	続柄 () 電話番号 ()		
	② フリガナ 氏名	続柄 () 電話番号 ()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()			
公費受給状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他 ()			
現在の状態	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院(所)中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	医療機関(診療科目)・施設名：			
	退院(所)日：平成 年 月 日 (退院 ・ 予定) ※「自宅」に☑した方で、この1年以内に入院(所)した期間がある場合はその際の情報をご記入下さい。			

2. 通所リハビリテーション情報

※ 土曜日のみ13:00~

希望日	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日
希望時間帯1クール	<input type="checkbox"/> 13:30~14:59 (1時間以上2時間未満)			※送迎希望の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
2クール	<input type="checkbox"/> 15:00~16:29 (1時間以上2時間未満)					

3. 居宅介護支援事業所(介護予防支援事業所)情報

事業所名	(事業所番号)		
担当者			
連絡先	〒	電話番号 () FAX番号 ()	