

申込書（デイサービス・訪問リハビリ・短時間デイケア）※ご希望のサービスに○をして下さい

ふりがな			M/T/S	
利用者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日	歳
ご住所			電話番号	
保険者番号			被保険者番号	
介護認定区分	□申請中(年 月 日)			
	要支援	1 2	要介護	1 2 3 4 5
	有効期限 年 月 日～ 年 月 日(認定日 年 月 日)			
緊急連絡先 (必ずご記入ください)	住所 〒	連絡先		
	(ふりがな) 氏名	自宅	()	携帯 ()
		続柄		
最近の退院日	年 月 日			
現病歴・既往歴	年 月 日	病名()	入院・手術	
	年 月 日	病名()	入院・手術	
	年 月 日	病名()	入院・手術	
かかりつけ医	病院名	診療科名	科	先生
	病院名	診療科名	科	先生
	病院名	診療科名	科	先生
医療処置	<input type="checkbox"/> カテーテル類 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛管理() <input type="checkbox"/> その他()			
居宅介護支援事業者	事業所名・住所			
	事業所番号	TEL	()	
	担当者氏名	FAX	()	
(要支援のみ) 地域包括支援センター	事業所名・住所			
	事業所番号	TEL	()	
	担当者氏名	FAX	()	
希望曜日・時間帯 午前(9:00～12:05) 午後(13:25～16:30)	<input type="checkbox"/> 月曜日(午前・午後) <input type="checkbox"/> 火曜日(午前・午後) <input type="checkbox"/> 水曜日(午前・午後)			
	<input type="checkbox"/> 木曜日(午前・午後) <input type="checkbox"/> 金曜日(午前・午後) <input type="checkbox"/> 曜日指定なし(週 回)			
開始希望日	□ 年 月(上・中・下旬頃より)			
見学 / 送迎	見学済み / 見学予定(月 日()午前・午後)		送迎希望 有り / 無し	
特記事項 内服薬・生活歴など				

申し込み受付日 _____ 受取人 _____

城西病院リハビリテーション科
 〒167-0043 杉並区上荻2丁目42番地6号
 TEL 03-3390-7171 FAX 03-3390-7227
 ご不明な点がございましたら、お問い合わせください