

介護老人保健施設「和佐の里」 通所リハビリ申込書

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		男女	明大昭 年 月 日生(歳)				
〒		—		電話		()	
住所							
連絡先 1 (申込者)	氏名		続柄				
	〒	—		電話		()	
住所							
連絡先 2	氏名		続柄				
	〒	—		電話		()	
住所							
サービスの内容		送迎	入浴	リハビリ	その他 ()		
利用の動機							
利用希望曜日		週	回	曜日			
利用しているサービス		ホームヘルパー	給食	入浴	ショートステイ		
		デイサービス(施設名)					
		その他 ()					
現在の状況		自宅療養中					
		入院中(病院名)					
		施設入所中(施設名)					
		その他 ()					
認知症の状況		正常	軽度の認知症	中度の認知症	重度の認知症		
保険の種別		後期高齢者医療	国保	社保	その他 ()		
身体障害者手帳		有 (障害名 年 月 日取得 級)					
		無					
被爆者手帳		有 無					
介護保険	被保険者番号	申請中 申請日(月 日)					
	介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
事業所名				担当者名			