

通所リハビリテーション 申込書

申込日 平成 年 月 日 記入者:

利用者氏名		生年月日		年齢	介護度	
		M・T・S 年 月 日			(支1・支2・要介1・2・3・4・5)	
住所			電話		担当ケアマネージャー: 様	
					事業所	
主治医					その他の病院	
		病院 科		先生		病院 科 先生
緊急連絡先					事業所 tel	
氏名		続柄		その他		
		tel・携帯				
		tel・携帯				
		tel・携帯				
病名					アレルギー	
					嫌いなもの	
病歴(最終入院など)					嗜好品	
					禁忌 <small>やっぺはいけな 事</small>	
家族構成					生活上の注意点	
					移動	
					トイレ	
ご利用目的及び希望					食事	
ご本人						
ご家族						
					更衣	
					入浴	
ご利用希望日		月・火・水・木・金・土			ご利用メニュー	
					送迎・リハ・お風呂・昼食・おやつ	
コース		一日・午前中・午後・1~2時間			車酔い	
					あり・なし	
予防の方限定 指導希望		運動指導・口腔ケア&機能・栄養指導			見学希望	
					あり・なし	
備考						

* 分かる範囲でご記入下さい