

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		アレルギー		
		Tel・携帯				
病名				嫌いなもの		
				嗜好品		
病歴（最終入院など）				禁忌 やってはいけない事		
				生活上の注意点		
家族構成				移動		
				トイレ		
ご利用目的及び希望				食事		
ご本人				更衣		
ご家族				入浴		
				ご利用メニュー		
ご利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土			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