こうあん診療所　通所リハビリテーション　利用申込書

記入日　令和　　年　　月　　日　　※該当する項目に☑してください。

ご利用者	ふりがな		□男	□大正　□昭和
	氏　名		□女	年　月　日生
				（　歳）
	住　所	〒　－ TEL：　（　）		
	現在の居所	□自宅　□施設　□病院　□その他 施設又は病院名 （　）		※入所・入院期間 平成・令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
	家族構成	同居者：　□独居　□親　□配偶者　□子　□孫　□その他（　）		
	要介護認定	□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		
	介護保険番号		認定日	
	認定有効期限	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで		
	居宅介護支援事業所		担当ケアマネージャー	
	電話番号		FAX番号	

主介護者	ふりがな		□男	□同居	続柄
	氏　名		□女	□別居	
	住　所	〒　－ TEL：　（　）			

緊急連絡先	氏名	住所	電話番号	続柄
	①			
	②			

医療機関	病院名	担当医師	科目	診断名
		Dr	科	
		Dr	科	

利用希望	希望曜日(午前)	□月　□火　□水　□木　□金　□土　（　）回／週
	希望曜日(午後)	□月　□火　□水　□木　□金　□土　（　）回／週
	送迎サービス	行き：□希望する　□希望しない　帰り: □希望する　□希望しない
	個別リハビリ	□　個別リハビリを希望する　□　個別リハビリを希望しない
	物理療法(希望項目に〇)	□温熱療法(ホットパック)　□温熱療法(マイクロ)　□電気刺激療法(低周波)　□浮腫軽減療法(メドマー)
	自主トレーニング	□　自主トレを希望する　□　自主トレを希望しない
	サービスを希望する理由	

備考	在宅でお困りな点やご要望等ありましたらご自由にご記入ください。