

通所リハビリテーション 利用申込用紙

川口診療所 デイケアすこやか
TEL:048-252-5620(直通)
FAX:048-252-5537
相談窓口 須崎 久保

記入日:令和 年 月 日

利用者情報	
(フリガナ) 利用者名	様 性別 男・女 生年月日 T・S・H 年 月 日(歳)
住所	
電話番号	①自宅/携帯
	②緊急連絡 続柄()
介護度	要支援() 要介護() (申請中) (区分変更中)
病名/既往歴	
かかりつけ医	病院名 退院日/
	主治医 通院日/
サービス希望内容	※ ○をつけてください。
利用希望日	月・火・水・木・金・土 *希望なし(/週)
利用時間	1日(滞在時間6~7時間) / 半日(AMのみ:滞在時間2~3時間)
入浴:	有・無 (普通浴・機械浴)
その他特記(現在の動作レベル、リハビリへのご希望 など)	
(居宅名/担当)	
TEL/FAX	