

通所リハビリテーションすこやか 利用申込用紙

連絡先

TEL:048-252-5620(直通)

FAX:048-252-5537

相談窓口:中西

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 or PM: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 | |