

通所リハビリテーション申込書

申込日：令和 年 月 日

平内中央病院 在宅診療部 行き
(FAX : 017-755-2233)

申込者氏名： _____

(本人・家族・ケアマネ・その他)

平内中央病院の訪問リハビリテーションを利用したいので、下記の通り申し込みます。

ふりがな 氏名		男 女	生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所		電話	
緊急 連絡先	氏名： 電話：	(利用者との続柄)	

介護度： 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・申請中 身体障害者手帳： なし ・ あり (級) 公費負担： 有り・無し			
担当ケアマネ		居宅事業所	
かかりつけの 医療機関		主治医	
主な診断名			
受療状態	通院 ・ 訪問診療 ・ 往診		
※入院中の方 のみ記入	入院医療機関：	退院予定：	年 月 日

利用希望	月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日 特に希望無 回/週
------	--

利用目的 (お困りの点など自由にお書きください)：
