

医療法人財団 健貢会 総合東京病院 通所リハビリテーションセンター 利用申込書

(通所リハビリテーション ・ 介護予防通所リハビリテーション)

申込日 年 月 日

利用者名		生年月日	M・T・S	年	月	日(歳)
住 所	〒 (独居口)		電話番号			
緊急連絡先	氏名 (続柄)	電話番号				

<介護保険情報>

介護度		被保険者番号		<生活保護受給者> <input type="checkbox"/>
認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日 年 月 日	負担割合 1割 ・ 2割

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症性老人の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
現病歴	原疾患: 既往歴:

<利用希望>

利用希望日	いつでも・月・火・水・木・金・土(午前・午後)	困難な曜日	月・火・水・木・金・土(午前・午後)
利用希望頻度	1日 ・ 2日 ・ 3日 /週(※定員枠・送迎可否で検討致します)	送迎希望	有 ・ 無
リハビリテーション実施にあたってのご希望・注意点など			

<利用希望の動機・理由、医療的行為の必要な方はご記入ください。>

<ADL> 移 動 : <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助 トイレ : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<備考>

事業所名称		担当者	
事業所番号	TEL	FAX	
主治医	(医師) TEL:		

医療法人財団 健貢会 総合東京病院 通所リハビリテーションセンター
 TEL:03-3387-5238
 FAX: 03-3387-5464