

通所リハビリテーション利用申し込み書

介護老人保健施設ウエルケア新吉田 施設長殿

記入日 平成 年 月 日 ご記入者氏名

フリガナ
ご利用者氏名 生年月日 明治 年 大正 月 昭和 日
様

ご住所 _____ TEL

緊急連絡先(氏名・続柄) _____ 様 TEL

緊急連絡先(氏名・続柄) _____ 様 TEL

認定 支援・介護 有効期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

被保険者番号 _____

居宅介護支援事業所 _____ TEL FAX
ご担当者様

医療機関 名称 _____ TEL
主治医 _____ 先生

判定 ADL 認知症 J1 なし J2 I A1 IIa A2 IIb B1 IIIa B2 IIIb C1 IV C2 M

主病名

既往歴

才
才
才

直近入院 _____ 入院日平成 年 月 日
病院 退院日平成 年 月 日

検査 感染症 HBs - ± + HCV - ± + 疥癬 - ± +

処方	薬品名	朝	昼	夕	夜

希望サービス内容

食事 おやつ 送迎(迎・送) 入浴 利用希望日 月 火 水 木 金
短期集中個別 生活行為向上 認知症短期集中 重度療養 口腔機能 運動機能

ウエルケア新吉田 通所リハビリテーション