

湯村温泉病院 通所リハビリテーション 利用申込書

ふりがな			性別	生年月日	
氏名	様		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 歳	
住所	〒 -		電話	- -	
緊急時 連絡先	ふりがな			続柄	
	氏名	様		電話	- -
	住所	〒 -		携帯電話	- -
担当ケアマネージャー：			電話	- -	
事業所名：			FAX	- -	
主治医：			施設名：		
主傷病名(脳梗塞・脳出血・骨折など) 発症・受傷日			合併症・禁忌事項 主要障害名(麻痺・歩行状況・高次脳機能障害など)		
要介護度	要支援 1・2		有効期限 (申請中 平成 年 月 日)		
	要介護 1・2・3・4・5		平成 年 月 日 ~ 年 月 日		
身体状況					
【移動】 自立・見守り・一部介助 補装具の使用： なし・あり (杖・装具・歩行器・車椅子)					
【コミュニケーション】 自立・見守り・一部介助 【食事】 自立・見守り・一部介助					
【トイレ】 自立・見守り・一部介助 【入浴】 自立・見守り・一部介助					
希望の曜日・時間帯					
【目的(具体的にお願いします)】			【その他(送迎を含め要望など)】		
【日常生活でお困りのこと】					

* 利用日、時間帯については、ご希望に添えない場合もございます。あらかじめご了承ください。