社会医療法人峰和会

介護老人保健施設 輝(きらり)通所利用申込書

申込日　　年　　月　　日

利用者	氏名	フリガナ	男・女	大正 昭和　　年　　月　　日生 歳
	住所	〒　　－	電話	(　　)
連絡先	氏名	続柄(　　)	自宅	(　　)
			携帯	(　　)
現在の居住地	自宅 施設(老健/ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ/その他)・病院		かかりつけ医の病院、医師名	
介護保険	申請中 ・ 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 認定期間　　年　　月　　日 から　　年　　月　　日 まで			
ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	(事業所名)　　(電話番号) (事業所担当者名)			
現在利用しているサービス	・訪問介護　・訪問看護　・訪問リハビリ　・ショート ・デイケア　・デイサービス　・その他			
負担割合	1割　2割　3割			
主な病歴				
服薬の状況	服薬　有　無　薬の状況等			
現在の疾病				
ご家族の状況	氏名　続柄　年齢　職業　氏名　続柄　年齢　職業 氏名　続柄　年齢　職業　氏名　続柄　年齢　職業			
通所リハビリ希望理由				
利希望開始日	令和　年　月　日			
利用希望日程	週　回			

☆お申し込み・お問い合わせ　介護老人保健施設　輝　TEL0597-46-2253