利用申込書（通所リハビリテーション）

　　　　年　　　月　　　日

介護老人保健施設 とちぎの郷　　施設長 殿

申込者氏名：

利用者との続柄：（　　　　　　）

介護老人保健施設 とちぎの郷　通所リハビリテーションのサービス利用を申し込みます。

**【ご利用者様】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 |  明・大・昭　　年　　月　　日生（　　　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　－ | 電話（　　　　）　　　－　　　　　 |
| 介護保険 | 要介護度 | 要支援　１ ・ ２　　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　申請中（新規申請 ・ 更新申請） |

**【ご家族様】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 自宅電話（　　　　）　　　－　　　　　 |
| 氏　名 | (続柄：　　　　　) |
| 住　所 | 〒　　　　－ | 携帯電話（　　　　）　　　－　　　　　 |

※　ご利用にあたり、当施設から確認のためのご連絡を差し上げることがあります。

|  |  |
| --- | --- |
| かかりつけの医療機関 | 居宅介護支援事業所 |
| 医療機関名 |  | 事業所名 |  |
| 担当医名 | 先生 | 担当ケアマネジャー | 様 |
| ※　入院中の方は退院予定日をご記入ください。　　　　　　　年　　　月　　　日頃 退院予定 |

**【サービスの希望】**

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用時間 | 短時間　・　朝～お昼過ぎ　・　一日　・　その他（　　　　　　　　） |
| ご希望曜日 | 週　　　回利用　　　月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 曜日指定なし |
| 送　　迎 | なし ・ あり （車イス・歩き） | 入　　浴　　　　 | なし ・ あり （一般浴・機械浴） |
| リハビリへの要望 |  |
| 卒業後の予定 |  |

※　当施設のリハビリテーションは、卒業を前提とし地域での生活を積極的に応援します。

　 　その他、ご不明な点等ございましたら、お気軽にお問い合わせください。