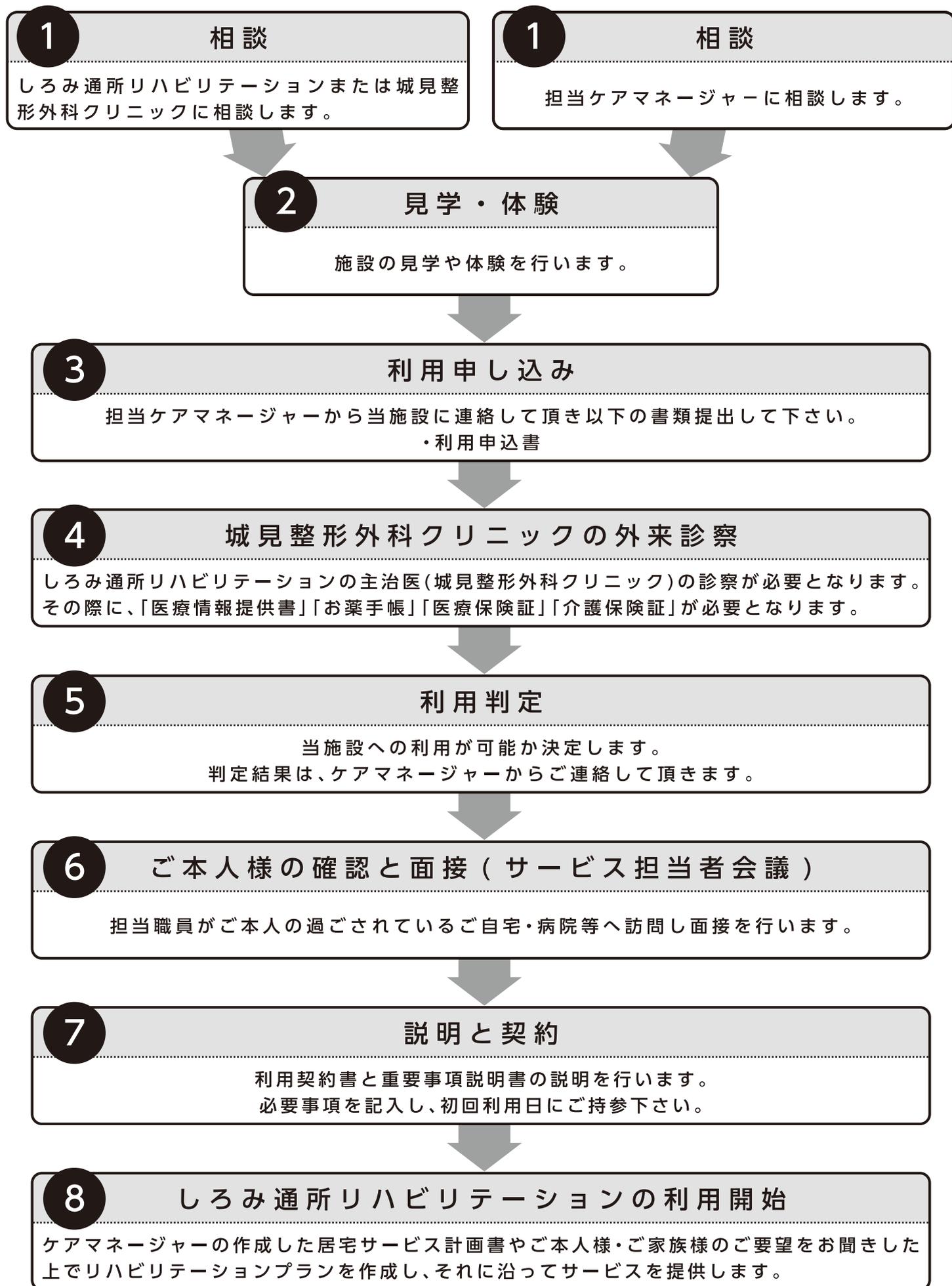


しろみ通所リハビリテーションを利用するまでの流れ



しろみ通所リハビリテーション利用申込書

平成 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	明・大・昭 年 月 日 生 歳
住所	〒		
	電話番号() -		
連絡先	続柄() 氏名		
	住所 〒 電話番号() -		

利用の理由			
現在の状況		自宅付近の地図	
<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名) (病名) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 在宅 (外来受診 有・無) (病院名)			
希望曜日			
第1希望 曜日・第2希望 曜日 (回/週)			
送迎 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
家族状況(主たる介護者に○印)			
氏名	続柄	生年月日	職業

要介護認定	認定有効期間(平成 年 月 日~平成 年 月 日まで)			
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
担当介護支援専門員 (ケアマネージャー)	担当者名 事業所名			

記入不要

受付年月日 平成 年 月 日 医療情報提供書 有・無