利用申込書（ 新規・見学 ）

聖和病院通所リハビリテーション　　年　　月　　日

利用者	フリガナ 氏名　　様　（男・女）		生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日　　歳
	住所　〒		TEL:
			携帯:
キーパーソン	フリガナ 氏名　　様　（続柄　　）		
	住所　〒		Tel: 携帯: 勤務先:
その他連絡先	様　続柄　（　　）		電話:
	様　続柄　（　　）		電話:
介護保険証	介護度	□ 申請中（申請日:　　年　　月　　日）　□ 要支援　１・２ □ 要介護　１・２・３・４・５　□ 区分変更中	
	認定期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	
	保険証番号		
事業所	居宅介護支援事業所:		
	担当ケアマネージャー:		
	TEL:	FAX:	
公費	生保　・　国費（原爆・その他）		
利用希望日 希望時間	平成　　年　　月　　日 より　　月　火　水　木　金　土　　回/w ①　　時 ～　　時　②　　時 ～　　時　③　　時 ～　　時		
現在状況	在宅生活中	独居 ・ 同居（　　）	
	入院中	施設名: 退院予定日:　　年　　月　　日	
かかりつけ医（内科）	病院名:		医師名:
	住所　〒		Tel:
備考:			