

ご利用サービス 通所 訪問 **リハビリ** 利用申込書

※希望のサービスにチェックをお願い致します。

申込日	年 月 日		担当者様		
事業所名			事業所番号		
TEL		FAX			
刀がナ氏名	() 様	生年月日	大正・昭和 年 月 日 () 才 男・女		
住所	〒 電話 () キーパーソン (名前: 間柄:) 連絡先 ()				
要介護度	【要支援】 1・2 【要介護】 1・2・3・4・5 申請中・区変中	負担割合	1割・2割 3割	医療被保険者証	<input type="checkbox"/> 有 (割) <input type="checkbox"/> 無
特定医療費 (指定難病) 受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【特定疾病名】	その他 (手帳・受給者証)	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 被曝者手帳 <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 小児慢特 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> その他 []		
主治医	医療機関名: () 科 先生				
疾病・既往歴					
入院中の方	() 病院) 入院加療中 (月 日) 退院予定 退院前カンファレンス予定 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 : ~開催) <input type="checkbox"/> 無、参加希望 有・無				
体験希望	有 (月 日 : ~ :) ・ 無				
利用頻度	1週間 _____ 回	希望曜日 (曜日・午前午後)			
その他	移動手段: 車椅子・歩行 (補助具:) 介助量: 自立・一部介助・全介助				
【現在の身体・生活状況】	利用中のサービス				
		午前	午後		
	月				
	火				
	水				
	木				
	金				
土					

けやき脳神経リハビリクリニック

〒153-0064 東京都目黒区下目黒 2-14-13 下目黒 HAPPY ビル 1-3 階

TEL:03-5747-9280 FAX:03-5747-9282