

**おゆみの診療所通所リハビリテーション申込書**    H    年    月    日

ふりがな		性別	介護度 支1 支2 介1 2 3 4 5
利用者氏名		男・女	(新規・更新・変更)
		明治・大正・昭和	年 月 日 歳
住所		電話	(    )
連絡先①氏名 住所 電話	続柄:	勤務先名称または携帯  電話 (    )	
連絡先②氏名 住所 電話	続柄:	勤務先または携帯  電話 (    )	
在宅ケアマネージャー 1、いる                      2、いない 事業所名 ケアマネージャー名 在宅かかりつけ医 医療機関名 担当医師	入院中の方 医療機関名 病棟 担当医師 担当ソーシャルワーカー		
現在の状況 1、自宅療養中                      2、入院中(病院名                      入院期間                      ) 3、施設入所中(施設名                      )                      入所期間 4、通所リハビリ・デイサービス利用中 週                      回 (施設名                      ) 5、訪問看護 週                      回                      6、訪問介護 週                      回			
現在の症状 1、認知症の症状 ( なし    時々でる    軽い    重い) 2、病状・病歴など			
備考			
<p>お手数でございますが、待機となった場合2カ月に一度診療所までご連絡下さい。尚、誠に勝手ではございますが、ご連絡がない場合申し込みキャンセルと判断させていただく場合がございます。ご了承の程お願い致します。ご協力ありがとうございました。</p>			