

大井協同リハビリ 新規利用申込票  
(通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

一緒に送付していただく情報に記載あれば、空欄で大丈夫です

申込年月日	20 年 月 日
申込者	事業所名： 氏名：
利用者	(ふりがな) 氏名： (男・女)
	生年月日： 西暦・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
	住所： TEL：
	主病名： 病院名： 主治医：
	介護度： 要支援1・2 、 要介護1・2・3・4・5
利用理由・目標	
お願いしたい 情報 (後日でも可)	アセスメントシート or フェイスシート or 基本情報
	診療情報提供書 (主治医が大井協同診療所の場合は不要)
	介護保険証・介護保険負担割合証
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
○希望サービス内容 <input type="checkbox"/> 午前(食事なし) <input type="checkbox"/> 午前(食事なし) <input type="checkbox"/> 一日利用(要介護のみ) <input type="checkbox"/> 午後(食事なし) <input type="checkbox"/> 午後(食事あり)	
○希望曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
○提供開始希望日 ( 月 日頃 )	
○備考 ( )	
●大井協同診療所 記入欄● ○判定会議 日時(20 年 月 日) 参加者 ( ) ○検討内容 転倒に注意して利用開始とする。	
○検討結果：サービス提供(可・否)	
管理者 承認印	