TEL　048-251-0350　　FAX番号　048-252-0434

医療生協さいたま　さいわい診療所
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
新規利用申込票　※兼　見学受付票

申込年月日	年　月　日
申込者	事業所名(　)　氏名(　) 電話：　ＦＡＸ： □居宅担当介護支援専門員　□地域包括支援センター職員　□本人　□家族 □ＭＳＷ □その他（　）
（ふりがな） 利用者	医療生協〈 組合員 ・ 未組合員 〉 （男・女）生年月日：　年　月　日（　歳）
利用者住所 緊急連絡先	〒　緊急連絡先氏名 自宅ＴＥＬ　緊急連絡先ＴＥＬ
家庭状況	□独居　□夫婦　□息子と同居　□娘と同居　□その他（　）
主介護者	□なし　□妻　□夫　□娘　□息子　□嫁　□その他(　)
経済状況	□年金（国民・厚生・障害・遺族・その他；　）　□生活保護　□その他（　）
主治医・主病名	医師　＃１　＃２　＃３
医療的処置	□有（　）　□無
退院・退所日	年　月　日
介護度 （介護保険証写し添付下さい）	□要支援１・２　□要介護１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　□申請中
負担割合 （介護保険負担割合証写し添付下さい）	□１割負担　□２割負担　□３割負担

状　態（心身状況、活動参加状況等含む）

●利用時間

２時間以上３時間未満

●曜日、午前午後の希望、不可能な曜日などがあればお書きください。
サービス提供日：月～金の午前・午後および土の午前

□提供開始希望日　（　月　日）

□いつまでに返事　（　月　日）

□備考（　）

記入者：　記入日：　年　月　日

●判定会議　日時（　月　日）　参加者（　）

●検討内容

管理者 承認印

○検討結果：サービス提供（ 可 ・ 否 ）