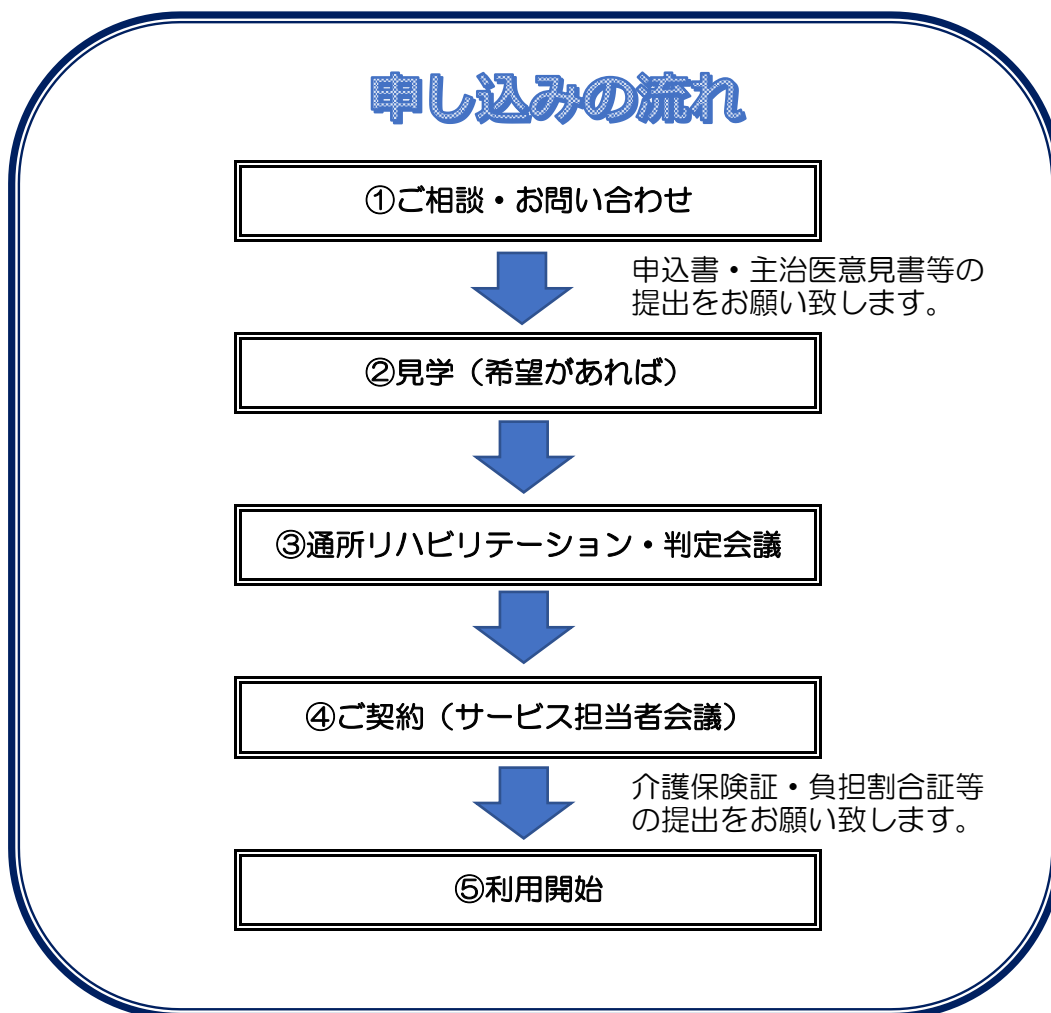


# 埼玉回生病院・通所リハビリテーション

## 申し込みについて

申し込みに必要な書類

- ①通所リハビリテーション利用申込書（担当のケアマネジャー様が記入してください）
- ②主治医意見書のコピーまたは診療情報提供書（通所リハビリテーション専用）
- ③介護保険証・負担割合証のコピー



※ 空き状況等は下記までお問い合わせください。

感染症対策等で見学をお断りさせていただく場合があります。ご了承下さい。

医療法人社団 協友会 埼玉回生病院・通所リハビリテーション

事業所番号：1111000231 電話番号：048-953-9626（直通）FAX番号：048-911-1046

相談員：植田 晴美（小熊・金野）

利用対象者	
ふりがな	住所 〒
様	
生年月日 大・昭 年 月 日 歳	性別 男・女
電話番号①	電話番号②

緊急連絡先	
① ふりがな	続柄 ( )
氏名	電話番号
② ふりがな	続柄 ( )
氏名	電話番号

要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
申請中・区分変更中 (審査会予定日 )		
有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		
負担割合 1・2・3	割負担	生活保護受給 有・無

医療機関名	主治医氏名
現在の状況	
在宅	
入院中 (病院名: )	入院日: ~退院予定日 ( )
施設入所中 (施設名: )	入所日: ~退所予定日 ( )
その他 ( )	

利用希望について	
利用開始希望日	202 年 月 日 ( )
見学の希望	あり・なし (希望日 月 日 )
利用希望の曜日	
月・火・水・木・金・土 / 曜日の希望なし 週 回希望	
1日利用希望 (入浴の希望 あり・なし) / 半日利用希望 (午前・午後)	
送迎について (車イス対応必要 あり・なし)	
入浴について (一般浴・機械浴)	

利用中または今後利用予定のサービス							
	日	月	火	水	木	金	土
午前							
午後							
◎訪問看護 ○訪問介護 △訪問入浴 □通所介護 ◇その他 ( )							
住宅改修 あり・なし 福祉用具 購入・レンタル ( )							

ADL	移動	自立・一部介助・全介助	(使用中の歩行補助具の種類 )
	食事	自立・一部介助・全介助	
	排泄	自立・一部介助・全介助	
	更衣	自立・一部介助・全介助	
	入浴	自立・一部介助・全介助	
	(その他特記事項 )		

家族構成	現在受診中の病名
	• • • • • •
家族の状況	既往歴
	• • • • •
担当の介護支援専門員	
事業所名： 事業所番号： 電話番号： FAX番号： 担当者氏名：	
利用目的	
ご本人様の希望： ご家族様の希望：	
その他特記事項（事前に伝えておきたいこと等）	

個人情報の取り扱いについて

- ご記入いただいた個人情報は「埼玉回生病院・通所リハビリテーション」の申し込みに係わる判定会等の目的以外には使用致しません。
- ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏らすことはございません。

医療法人社団 協友会 埼玉回生病院・通所リハビリテーション

事業所番号：1111000231 電話番号：048-953-9626（直通） FAX番号：048-911-1046

相談員：植田 晴美（小熊・金野）

回生使用欄

判定結果 利用可 • 利用不可

リハビリテーション PT • OT • ST