

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 見学申込書

年 月 日

| | | | |
|------|--------|-----|---------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 利用者 | | 男・女 | 明治・大正・昭和 年 月 日（満 歳） |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | 自宅 () | 携帯 | () |

| | |
|------|---|
| 介護保険 | 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5 / 未申請 ・ 申請中 ・ 区変中 |
|------|---|

| | | | | | | |
|-----|------|---|-------|----|---|----|
| 希望日 | 第一希望 | 月 | 日 () | 午前 | ・ | 午後 |
| | 第二希望 | 月 | 日 () | 午前 | ・ | 午後 |
| | 第三希望 | 月 | 日 () | 午前 | ・ | 午後 |

| | | |
|--------|--|-----------------|
| 見学時の送迎 | 希望する ・ 希望しない 移動手段： 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 | 付き添い あり ・ なし |
|--------|--|-----------------|

| | | | | | |
|-------|------|--------|-----|-----|--|
| 緊急連絡先 | フリガナ | | 性別 | 続柄 | |
| | 氏名 | | 男・女 | | |
| | 住所 | | | | |
| | 連絡先 | 自宅 () | 携帯 | () | |

| | |
|-------------------|-----------------|
| 留意事項 (疾患や感染症等) | |
| | つかぐち病院受診歴：あり・なし |

| | | |
|-----------------------|------|-----|
| 介護支援専門員 (ケアマネージャー) | 事業所名 | TEL |
| | 氏名 | FAX |

***個人情報の取り扱いについて**

- 1.ご記入いただいた個人情報は「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」及びそれらに係る「診療行為」並びに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
- 2.また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。

医療法人社団兼誠会 つかぐち病院

事業所番号 2813027071

FAX:06-6421-0200

通所リハビリテーションスタッフまで