

★新規相談・見学依頼申し込み書★

*太枠内記入をお願いします。

TEL04-7158-9232/FAX04-7138-5161

申し込み日	_____年 月 日
ケアマネ事業所名	_____氏名
利用希望者氏名・性別・年齢	
氏名	_____様 (男・女) 生年月日 _____年 月 日 歳
住所	_____送迎(通所送迎・病院バス・マイカー)
電話番号	_____
介護度 (要支援 要介護)	負担割合 (割)
かかりつけ病院	主治医 _____
病名・在宅での様子	

ADL：移動（自立・介助/独歩・杖・歩行器・車いす）転倒リスク：

軽自動車への乗降：（自立/介助）送迎時の注意点：

利用目的

利用希望頻度、曜日



見学時 送迎（あり・なし） 同席者（あり・なし）

*以下通所リハ事業所記入

・見学日 月 日 曜日 AM/PM 自宅迎え時間

↓見学時確認

利用可能曜日 _____ ・半年以内の健診、胸部X-Pの 有・無

契約可能曜日 _____

決定：利用曜日、開始など	見学時状況：
・契約日 _____月 日 曜日 時	
・利用開始日 _____月 日 曜日	
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証	