

社会福祉法人 日浦会 エスポールそとめ
通所リハビリテーション利用申込書

令和 年 月 日

介護老人保健施設エスポールそとめ 施設長 殿

申込者氏名 (印)

住所

電話番号

貴施設に通所リハビリテーションの利用の申し込みを致します。
併せて、利用に際しに必要な診療情報などの個人情報の取り扱いについて同意致します。

フリガナ					
利用者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
住所	〒		電話番号		
保険関係	介護保険	介護保険区分： 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日申請) 認定期間： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	公費	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 被爆者体験者精神医療受給者証 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	障害者手帳	有 ・ 無 障害名 () 級 種			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 在宅 入院(入所)日： 年 月 日 病院(施設)名：				
家族構成	氏名	続柄	勤務先	電話番号	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	自宅電話番号	携帯電話番号
	①				
	②				
③					
申込理由					

社会福祉法人 日浦会
介護老人保健施設 エスポールそとめ
長崎市上黒崎町2201-3 TEL0959-25-0001