

**周南市介護老人保健施設 ゆめ風車
介護予防通所リハビリテーション申込書**

No.	
申込日	令和 年 月 日
利用開始日	令和 年 月 日

利用者	ふりがな氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住所	〒		年齢	才	性別	男・女
		電話番号 ()					
申込者	ふりがな氏名		続柄				
	住所	〒		電話番号 ()			
	勤務先 (緊急連絡先)	電話番号 ()					
利用理由 (目的)	本人						
	家族						
介護保険状況	要介護度	支援 1 2					
	申請日	令和 年 月 日 (認定結果が出ていない方は記入)					
関係機関	居宅介護支援事業所						
	介護支援専門員						
	かかりつけ医						
	かかりつけ歯科医						
現在の状況	入院	病院名() 病名()					
	施設	施設名 ()					
	在宅						
	その他	病気・疾患等					
同居の家族	氏名	年齢	続柄	職業・学校	特記事項 (電話番号含む)		
別居の介護者	氏名	年齢	続柄	住所	電話番号		