周南市介護老人保健施設　ゆめ風車
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		
			年　　齢	才	性別	男　・　女
	住　　所	〒　　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	１　２　３　４　５
	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