

通所リハビリテーション申込書

No. 受付 平成 年 月 日

フリガナ		性別	明治		
氏名		男	大正	年 月 日生	満 歳
		女	昭和		
住所	〒				電話番号
					()

医療保険情報 (該当または所持するものに○印をつけてください)

- ・社保本人 ・社保家族 ・国保本人 ・国保家族 ・生保 ・身体障害者手帳()級
- ・老人医療受給者証 ・一部負担金相当額助成証明書 ・健康手帳 ・その他()

介護保険情報 (該当または所持するものに○印をつけてください)

介護度 要支援・要介護(1 2 3 4 5) 認定期間 平成 年 月 日~平成 年 月 日

通所目的・理由(または希望があれば記入してください)

同居人・家族構成				現在の状況		
氏名	関係	年齢	職業	1. 自宅で生活	主な介護者	
				2. 通院中	病・医院名	病院
					受診科	科
				3. 入院中	病院名	病院
				4. 施設入所中	施設名	

身元引受連絡先	氏名	関係	年齢	自宅及び職場の住所		電話番号
				自宅	職場	
1				自宅		
				職場		
2				自宅		
				職場		
3				自宅		
				職場		

医療法人 清水会 鶴見緑地病院通所リハビリセンター

担当医	担当者	備考