

通所リハビリテーション申込書

No. 受付 年 月 日

フリガナ		性別 男 女	大正 昭和 平成	年 月 日生	満 歳
氏名					
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 ・ 生活保護 ・ 身体障害者手帳 () 級
- ・ 後期高齢者医療被保険者証 ・ 国民健康保険高齢者受給者証 ・ 一部負担金相当額助成証明書 ・ その他

介護保険情報

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

ご利用目的・理由、またはご要望があれば記入してください

--	--	--	--	--	--

同居人・ご家族

現在の状況

氏名	続柄	年齢	1.自宅で生活	主な介護者	
			2.通院中	病院名 受診科	病院科
			3.入院中	病院名	
			4.施設入所中	施設名	

身元引受人連絡先	氏名	続柄	年齢	住所	電話番号
	1				
	2				
	3				

医療法人清水会 鶴見緑地病院 通所リハビリテーションセンター

担当医	担当者	備考