

新規

継続

## 通所リハビリ申込書

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日		年	月	日	
利用者氏名		様	歳					
利用者住所								
電話								
相談者氏名				連絡先				
事業所名								
かかりつけ医	要介護度	予防1	予防2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
住所	障害者自立度	自立	J	A	B	C		
	認知度自立度	自立	I	II	III	IV	M	
身長	体重	k	BMI					
健康状態								
疾患・障害状況（発症時期など）								
※注意事項								
通院・他のリハビリの実施状況（施設利用を含む）								
緊急時の連絡先								
不在時の対応								
特記事項								
リハビリ方針：				リハビリへの要望				
本人・家族								
ケアマネジャー								