通所リハビリテーション利用申込書

申し込み日：　令和　　年　　月　　日

医療法人伯鳳会　東京曳舟病院　施設長殿

申し込み者名：

利用者との続柄　：（　　）

ご利用者様

フリガナ		男・女	大正・昭和　年　月　日生 平成　年齢　満　歳
氏名			
住所	〒		電話番号
介護保険	要支援：1・2　／　要介護：1・2・3・4・5　／　申請中　（新規申請・更新申請）		
病歴			
ご利用希望曜日	火曜、木曜、両日（希望日に〇をつけてください）		

注：どちらも時間は10：00-11：00となっております。

ご家族様

フリガナ		男・女	大正・昭和　年　月　日生 平成　年齢　満　歳
氏名	続柄　（　　）		
住所	〒		電話番号（携帯番号）

かかりつけ医療機関　　**担当医**

病院・医院　　先生

居宅介護支援事業所　　電話番号：　　**担当ケアマネージャー**

様

●当院では、訓練の卒業を視野に入れた訓練提供を実施していきます。ご利用者様の卒業目標や、訓練時の希望等ありましたら記入下さい。

注：当院では送迎は実施していませんので、ご自身・もしくはご家族様送迎が可能の方が対象となります。
※ケアマネージャー様が記入していただいても構いません。

医療法人　伯鳳会　東京曳舟病院　リハビリテーション課　〒131-0032　東京都墨田区東向島2-27-1
TEL:03-5655-1120(代表)　FAX:03-6657-2165