

(一財)神戸マリナーズ厚生会病院 通所リハビリテーション 申込書(体験)

事業所番号：2815107251 電話番号：078-360-1100 FAX：078-360-1050

申込日： 年 月 日

希望日	2024年 4月 1日 (月 曜日)	A枠：09：30～10：40 B枠：10：50～12：00 あ枠：9：30～12：00	C枠：13：30～14：40 D枠：14：50～16：00 い枠：13：30～16：00				
利用者	ふりがな	こうべ たろう	男	生年月日	1988 年 4 月 26 日		
	氏名	神戸 太郎	女		(36) 歳		
	住所	〒 650-0004 神戸市中央区中山手通7-3-1 マリナーズ住宅1号棟 102号室					
家族情報	電話	自宅・その他	078-■■■■-■■■■	携帯	090-■■■■-■■■■		
	氏名	続柄	同居の有無	仕事の有無	介護への参加	備考	
医療情報	氏名	神戸 花子	妻	無・有	無・有	無・有	
	氏名	神戸 夢子	長女	無・有	無・有	無・有	
介護保険情報等	被保険者番号	0000123456	要介護状態区分等	要支援(1 2) / 要介護(1・2・3・4・5) / 申請中			
	認定日	2024 年 4 月 1 日	認定の有効期間	2024年4月 1日 ~ 2025年 3月 31日			
現在の状況	負担割合	1 割	公費負担：有(種類：生保・被爆・その他())	無			
	その他	身障手帳(2級)					
	起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：				
	座位	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：				
	立ち座り	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：				
	立位	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：				
	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：				
	階段	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：				
	トイレ	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：				
	車の乗降	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：				
利用目的・希望等	コミュニケーション	理解(可・不可) / 表出(可・不可)	聴覚(普通・聴覚・その他())				
		視覚障害(無・有())	言語障害(無・有())				
		認知機能(正常・低下())					
その他特記事項							
所属			氏名				
電話			FAX				

特にご希望が無ければ日付・枠については空欄でご送付ください。最短でご案内可能な日程で調整を致します。ご希望がある場合は予めお電話を頂けるとスムーズです。

入力される場合、生年月日を西暦でご入力いただければ、自動入力されます。和暦でご入力される場合は恐れ入りますが上書きでご入力ください。

送迎時に必要ですので部屋番号までお間違えの無いよう、ご入力(ご記入)下さい。

服薬情報については分かる範囲で結構です。その他特記すべき禁忌事項等があればその他欄または再下欄にご入力(ご記入)ください。

送迎時間や(体験)ご利用時の注意点等の説明に、直接当院からお電話をさせていただいております。ご本人様以外へのお電話の必要性があれば、その旨ご入力(ご記入)下さい。

※本契約となる場合は、本申込書を利用申込書とする。

〈記入に際して〉

- 大変恐れ入りますが、(体験)利用申込書をご記入の上、当通所リハビリ(FAX：078-360-1050)までFAXでご送付ください。
- ご希望のご利用枠の定員を満たしている等の理由により、ご希望の枠でご案内ができない場合があります。事前に当通所リハビリ(TEL:078-360-1100)までお電話をいただけますと、比較的スムーズにご案内が可能です。
- その他ご不明な点がございましたら、当通所リハビリまでお問合せください。

(一財)神戸マリナーズ厚生会病院 通所リハビリテーション 申込書(体験)

事業所番号：2815107251 電話番号：078-360-1100 FAX：078-360-1050

申込日： 年 月 日

希望日	年 月 日 (曜日)	A枠：09：30～10：40 B枠：10：50～12：00 あ枠：9：30～12：00	C枠：13：30～14：40 D枠：14：50～16：00 い枠：13：30～16：00			
利用者	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
	氏名				() 歳	
	住所	〒				
	電話	自宅・その他		携帯		
家族情報	氏名	続柄	同居の有無	仕事の有無	介護への参加	備考
			無・有	無・有	無・有	
			無・有	無・有	無・有	
			無・有	無・有	無・有	
緊急連絡先	ふりがな				続柄：	
	氏名				電話：	
	病院名				主治医	
	主疾患					
医療情報	服薬	無・有 ()				
	その他					
	被保険者番号		要介護状態区分等	要支援(1・2)/要介護(1・2・3・4・5)/申請中		
	認定日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
介護保険情報等	負担割合	割	公費負担：有(種類：生保・被爆・その他()・無			
	その他					
	起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：			
	座位	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：			
現在の状況	立ち座り	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：			
	立位	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：			
	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：			
	階段	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：			
	トイレ	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：			
	車の乗降	自立・見守り・一部介助・全介助	備考：			
	コミュニケーション	理解(可・不可)/表出(可・不可)	聴覚(普通・難聴・その他())			
		視覚障害(無・有())	言語障害(無・有())			
		認知機能(正常・低下())				
	その他特記事項					
利用目的・希望等						
ケアマネ(担当)	所属		氏名			
	電話		FAX			

※本契約となる場合は、本申込書を利用申込書とする。