

# 日並内科外科通所リハビリ 利用申込書

平成 年 月 日

フリガナ	男	生	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
氏名	女	年月日			
〒	TEL		( ) -		
住所					
要介護度	申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
担当ケアマネージャ	居宅介護支援事業所名: 担当者				
連絡先	氏名		続柄 ( )		
	〒		住所		
	TEL	自宅 ( )	—	携帯	
利用の理由	<input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 日中の居場所として <input type="checkbox"/> 認知症予防		<input type="checkbox"/> 痛みの軽減 <input type="checkbox"/> 人との交流を深める <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 筋力増強
家族構成	1・同居 ( 名)		2・独居		
現在のかかりつけ病院 ;	主治医				

※この申し込み書は、下記宛に郵送していただくか、直接窓口にお持ちください。

〒679-2131 姫路市香寺町犬飼502

日並内科外科通所リハビリ

TEL(079)232-1730

TEL(079)232-4582

電子メール アドレス :

日並内科外科医院

[hinami@earth.ocn.ne.jp](mailto:hinami@earth.ocn.ne.jp)