


利用  
 見学

# 申込書

(利用もしくは見学に✓をお願いいたします)

申込日	年 月 日	貴事業所 番号			
貴事業所名			御担当者様		
TEL			FAX		
フリガナ 氏名	( ) 様	生年 月日	大正・昭和	年 月 日 ( )才	男・女
住所	〒 ( ) キーパーソン ( ) 連絡先 ( )				
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中・区変中 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日	負担 割合	1割 2割 3割	生 保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主治医	医療機関名： ( ) 科) 先生				
疾病および 既往歴					
入院中の方	( ) 病院) 入院加療中 ( 月 日) 退院予定 退院前カンファレンス予定 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 : ~開催) <input type="checkbox"/> 無 参加希望 有・無				
見学希望日時	月 日 : ~ : (備考： )				
利用頻度	___ 回/週 ※恐れ入りますが要支援の方は週1回でお願いいたします <input type="checkbox"/> 訪問リハビリと併用				
【解決したい生活課題の内容・留意点】	<b>利用中のサービス</b>				
		午前		午後	
	月				
	火				
	水				
	木				
	金				
土					

 医療法人社団雪嶺会 東京リハビリ整形外科クリニック おおた

通所リハビリテーション(事業所番号 1315622212)

〒144-0052 東京都大田区蒲田1-9-11 TEL:03-6424-7602 FAX:03-6424-7609

担当：三ツ木(みつぎ)

当院使用欄

開始日;R . / ( ) 曜日・時間; 月 M A P 火 M A P 水 M A P 木 M A P 金 M A P

サービス内容; 121 122 123 124 125 131 132 133 134 135 予防11 予防12  
加算・減算; マネA イ・ロ マネB イ・ロ 非送迎 提供体制加算1 短期集中個別 ( / まで)