

生協通所リハビリテーション 利用相談書

相談日	平成 年 月 日	相談方法:(来所 FAX メール)
事業所名 (相談者)	(担当者)	
	TEL:	FAX:
利用希望者	* 氏名	男 ・ 女
	* 生年月日: M・T・S 年 月 日	(歳)
	住所	
要介護度	申請中	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)

主要疾患	疾患名	発症時期	かかりつけ 医療機関	
	1			
	2			
	3			
病状について の特記など				

ADL状況	歩行: 排泄: 食事:	備考 その他	
生活状況	同居家族 : なし ・ あり() 生活場所 : 自宅 ・ その他 (高齢者住宅 有料老人ホーム)		

介護保険 利用状況	◎現在利用しているサービス 訪問系 (看護 ・ 介護 ・ リハビリ ・ 往診) 通所系 (デイサービス ・ デイケア ・) その他 ()
--------------	--

利用の目的 (希望・意向)	
利用希望日	利用回数: 利用希望日: 月 火 水 木 金 土 (午前のみ)

* 対 応	
-------	--

◎このシートは当通所リハのご利用を希望される際のご相談・お問い合わせにお使いください。

* の欄 (お名前や生年月日)は未記入でも構いません。男女別と年齢はご記入ください。
 住所については、送迎範囲を確認する際に必要ですので、ご記入お願いいたします。

FAX:0178-44-0334 生協診療所 通所リハビリテーション 行