# 西荻窪診療所　通所リハビリテーション申込書

※　この用紙または、お持ちの基本情報のコピーのご提出でも申し込みいただけます。

申込み日　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 利用者 | 氏名　　様　（ 男　女 ） |
| 生年月日 | 明治　大正　昭和　　年　月　日（　歳） |
| 住所 | 〒 |
| 主な介護者<br>（連絡先） | 氏名　　電話<br>様<br>ご関係 |
| 主治医 | 医療機関名<br>科 |
| 病名 | |
| 介護度 | 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 |
| 担当ケアマネ | 事業所名　　電話<br>ケアマネ氏名 |
| サービス希望日<br>時間帯 | 月　火　水　木　金　土 |
| | 週　回利用希望　半日（短時間）　1日 |
| 通所リハに望むこと | |
| ADL | オムツの使用：　有　無　　失語症：　有　無<br>認知症状：　無　軽度　重度<br>歩行：　車イス　歩行器　杖　自立<br>食事：　自立　介助　内容（　　） |