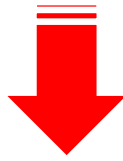


<利用開始までの流れ>



1. ご本人・ご家族・ケアマネージャーより利用したいと申し出あり
2. 通所リハへ※利用申請書とフェイスシートを提出
3. 通所・院長で検討会（受け入れの可否）を行う
4. ケアマネージャーへ連絡
5. 自宅にてサービス担当者会議・契約
6. 通所利用前診察（検査項目）
7. 通所サービス利用開始

利用申請書をダウンロードしてご使用ください!!

医療法人社団 いずみ会 メディカルはば伊豆高原 利用申請書
(通所リハビリテーション)

受付年月日 平成 年 月 日 受付担当者

利用者	氏名				男・女 M・T・S	年	月	日生	歳
	住所	〒				電話	()		
申請者	氏名				利用者との続柄				
	住所					電話	()		
利用前の状況		1. 家庭 2. 施設名() 3. 病院名()							
家族(同居)の状況	氏名	年齢	続柄	職業	備考				

緊急連絡先	氏名	1. (続柄)	2. (続柄)
	住所		
	電話		

介護保険証	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中		
	有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
	認定年月日	平成 年 月 日	事業所番号	
	利用者負担割合	割	届出年月日 平成 年 月 日	
	居宅介護支援事業所	担当ケアマネージャー		
	主治医 氏名	医療機関名		

身体障害者手帳	有・無	種 級	年 月 日 取得
---------	-----	-----	----------

利用目的

サービスに対する要望(利用回数・曜日・短期集中リハ・入浴希望等)がありましたらご記入下さい 提供時間: 短時間コース(1時間以上2時間未満) ・ 1日コース(6時間以上7時間未満)

* フェイスシートの提出を宜しくお願い致します。