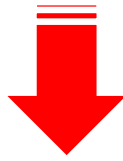


<利用開始までの流れ>



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 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	認定年月日	令和 年 月 日	事業所番号					
	利用者負担割合	割			届出年月日 令和 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。

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
(介護予防通所リハビリテーション)

受付年月日 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	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日						
	認定年月日	令和 年 月 日	事業所番号					
	利用者負担割合	割			届出年月日 令和 年 月 日			
	介護予防支援事業所	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8時間未満)

* 利用者基本情報、主治医意見書等の提出を宜しくお願い致します。