

株式会社そわか リハビリ特化型デイサービス リハビリの羽
 リハビリの羽 新規・体験利用申込書

申し込み日 R 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭	年	月	日
利用者氏名			電話				
住所	〒						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居
被保険者番号		身障	有 (種 級)	・無	生保	有・無	
要介護状態	事業対象・支援1・2、介護1・2・3・4・5			認定日	平・令	年	月 日
有効期間	平・令	年	月 日	～	平・令	年	月 日
		自己負担額	1割・2割・3割				

居宅介護支援事業所名		事業所番号	
担当ケアマネ		電話	
所在地		FAX	

緊急連絡先氏名		続柄	
住所		電話	

医療機関名		主治医氏名	
所在地		電話	
診断名			
医療情報			

利用希望日	週 回	月・火・水・木・金・希望なし	利用時間	午前・午後
送迎	往復	片道 (行き・帰り) 不要	入浴	有・無
			運動	有・無

歩行状態	自立・杖・歩行器・装具・装具+杖・車椅子 特記：		
認知症	あり (自立度：) ・なし 問題行動：		
食事・更衣・排泄・入浴・移乗等	自立・介助：		

長期目標	
短期目標	

リハビリ特化型デイサービスリハビリの羽：048-812-8318 (FAX)
--