

**医療生協さいたま 所沢診療所  
通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 結  
新規利用申込票**

申込年月日	年      月      日			
申込者	事業所名( ) 氏名( )			
	電話： <input type="checkbox"/> 広告モダル「護文援専門員」 <input type="checkbox"/> 地域包括文援センター職員	携帯： <input type="checkbox"/>	FAX： <input type="checkbox"/>	
(ふりがな) 利用者	医療生協（組合員・未組合員） (男・女) 生年月日： 年      月      日 (      歳)			
利用者住所 緊急連絡先	〒 緊急連絡先氏名 自宅TEL 携帯TEL 緊急連絡先TEL			
家庭状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 息子と同居 <input type="checkbox"/> 娘と同居 <input type="checkbox"/> その他( )			
主介護者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> その他( )			
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金（国民・厚生・障害・遺族・その他； ） <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )			
主治医・主病名	医師	#1 <input type="checkbox"/> #4	#2 <input type="checkbox"/> #5	#3 <input type="checkbox"/> #6
医療的処置	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無			
退院・退所日	年      月      日			
介護度 (介護保険証写し 添付下さい)	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中			
負担割合 (介護保険負担割合証 写し添付下さい)	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担			
利用者の状態				
• 心身状況				
• 生活状況				
<input type="checkbox"/> 提供開始希望日 (      月      日)				
<input type="checkbox"/> 判定会議 日時 (      月      日) 参加者 ( )				
<input type="checkbox"/> 検討内容				
<input type="checkbox"/> 検討結果：サービス提供（可・否）				
			管理者 承認印	