

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： 携帯： FAX： □店も担当介護支援専門員 □地域包括支援センター職員		
(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	□独居 □夫婦 □息子と同居 □娘と同居 □その他( )		
主介護者	□なし □妻 □夫 □娘 □息子 □嫁 □その他( )		
経済状況	□年金(国民・厚生・障害・遺族・その他； ) □生活保護 □その他( )		
主治医・主病名	医師	#1 #4	#2 #5 #3 #6
医療的処置	□有( ) □無		
退院・退所日	年 月 日		
介護度 (介護保険証写し添付下さい)	□要支援1・2 □要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 □申請中		
負担割合 (介護保険負担割合証写し添付下さい)	□1割負担 □2割負担 □3割負担		
利用者の状態			
・心身状況			
・生活状況			
□提供開始希望日 ( 月 日 )			
○判定会議 日時( 月 日 ) 参加者( )			
○検討内容			
○検討結果：サービス提供(可・否)			
			管理者 承認印