

こじま整形外科デイケアセンター

利用申込書

申込日 年 月 日

病院 ID		デイケア ID	
-------	--	---------	--

ご利用者氏名	生年月日 大正・昭和 年 月 日						
介護度	申請中 ・ 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 要支援 1 ・ 要支援 2 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5						
住所	電話番号 () -						
症状と経過							
希望日程		月	火	水	木	金	土
	1 単位目 9:00~10:10						
	2 単位目 10:40~11:50						
	3 単位目 13:50~15:45						
現在ご利用中の介護サービス							
デイケア利用目的							
主治医			医療機関				
事業所電話	担当ケアマネジャー			事業所			
	電話			FAX			
備考	*こじま整形外科クリニックが主治医でない方は診療情報提供書の提出をお願いします。(別紙あり)						

ご利用の開始にあたっては、申込書のほかに介護保険被保険証の写しが必要となります。

【お問合せ】

こじま整形外科デイケアセンター

事業所番号 2317200133

〒496-0903

愛知県愛西市内佐屋町西新田 81-1

TEL 0567-25-9916 FAX 0567-25-9926



診療情報提供書

こじま整形外科デイケアセンター宛て

患者氏名：	殿	性別：	男・女
患者住所：	電話番号：		
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 () 歳
【現病名】			
1	発症年月 (年 月頃)		
2	発症年月 (年 月頃)		
3	発症年月 (年 月頃)		
【既往症】			
1	発症年月 (年 月頃)		
2	発症年月 (年 月頃)		
3	発症年月 (年 月頃)		
【感染症疾患】 ※介護サービスを利用する上で考慮すべき感染症疾患の有無			
1. なし 2. あり () 3. 不明			
【症状経過】 入院期間等			
【現在の処方】 (外用薬含)			
【治療経過】			
【リハビリ 可能血圧目安】			
収縮期	mmHg	～	mmHg
拡張期	mmHg	～	mmHg
【リハビリ・その他の注意事項等】			

年 月 日

医療機関

住所

電話

FAX()

医師氏名

印