

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 9:15~10:35 ※土曜日のみ 9:30~11:25						
	2 単位目 10:55~12:15						
	3 単位目 14:15~16:10						
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			
事業所情報	事業所名			ケアマネージャー			
	事業所番号			電話番号			
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

