

【 申込み手順 】

- ・ 居宅介護支援事業所より『利用申込票』を当院へFAXして下さい。
- ・ 当院から『利用受付票(返信用)』を居宅介護支援事業所へ返信します。

新所沢清和病院 宛 (FAX: 04-2943-1303)

短期入所療養介護 利用申込票

申込み日：平成 年 月 日

利用者名	様	男・女	歳
要介護度	要介護 1・2・3・4・5	利用回数	初回・再利用
申込期間	月 日 () ~ 月 日 ()		
居宅介護支援事業所		ご担当者	
電話		FAX	

※ 初回申込みの場合は、別途「診療情報提供書」、「ADL票」又は「フェイスシート(3ヶ月以内)」の提出と面談が必要になりますので、お早目のご用意をお願い致します。
なお、診療情報提供書は、当院のホームページからダウンロードできますのでご利用下さい。

居宅介護支援事業所 御中

短期入所療養介護 利用受付票 (返信用)

返信日：平成 年 月 日

利用者名	様	
受付期間	月 日 () ~ 月 日 ()	

新所沢清和病院 担当
