

イムス佐原リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション

利用申込受付票(FAX用)

受付用 FAX: 0478(55)0014

申込日 年 月 日

TEL 0478(55)1113 事業所 NO.1215210265

利用者氏名	(ふりがな)	
	様 (男・女)	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
住 所		
連絡先 (緊急時含む)	①自宅: 続柄:	
	②携帯: 続柄:	
介護度	申請中 支援1・2 介護1・2・3・4・5 介護保険証の有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日	
日常生活自立度	障害: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
主な疾患名・障害名	身体障害者手帳: 級 特定疾患受給者証 級 感染症: 無・有()	
直近3か月以内の 入院(入所)歴	無・有 退院(退所)日: 平成 年 月 日 医療機関(施設)名:)	
主治医	かかりつけ医: 医療機関名() 主治医名(診療科:) 受診頻度 回/ 月 (外来受診・往診)	
※3カ月毎に、かかりつけ医より診療情報提供書を頂き、当院受診(往診対応不可)が必要です		
・訪リハ利用経緯と目的 ・現在のADL状況、投薬状況がわかる資料の添付をお願いします。(フェースシート等)		
※ 訪問リハビリは原則病院リハビリ(医療)との併用は出来ません		
訪問希望 曜日・時間	<input type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土 (週1回・週2回) (午前・午後) <input type="checkbox"/> 特になし(いつでも可)	現在のサービス利用状況
居宅介護支援事業所	事業所名	ご担当者
	TEL:	FAX:

※内容を確認させて頂き、改めて担当者からご連絡させていただきます。ご記入頂いた個人情報は「訪問リハビリ」およびそれらに係る「診療行為」「連絡事項」の目的以外には使用致しません。 H30, 10月作成