

ならまちリハビリテーション病院 訪問リハビリテーション 申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ

ご利用者様氏名： \_\_\_\_\_ 様 性別（男・女）

生年月日： 年 月 日生（ ）歳

〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]

住所 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

※ 緊急連絡先： \_\_\_\_\_ ( 氏名： \_\_\_\_\_ )  
 続柄： \_\_\_\_\_

ご利用者様以外の連絡先も必ずご記入ください。

---

介護保険証  
認定情報

要支援（1・2） ・ 要介護（1・2・3・4・5） ・ 申請中  
 （有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日）

被保険者番号： [ ]

保険者番号： [ ]

届出年月日： 年 月 日

---

身体障害者手帳  有（種 級）  無

生活保護  有  無

---

かかりつけの医療機関について

かかりつけの医療機関： \_\_\_\_\_

かかりつけ医： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師（受診 / 訪問診療）

※ 医師の氏名はフルネームをお願いします。

TEL： \_\_\_\_\_

※ かかりつけ医に、当院の訪問リハを利用する旨の連絡がお済みでない場合は、早めにご連絡をお願い致します。

---

ご利用者様の希望をご記入下さい。      ご家族様の希望をご記入下さい。

---

ケアマネジャーからみた訪問リハのニーズ・要望をご記入下さい。

---

当訪問リハの希望曜日・時間をご記入下さい。

---

他のサービスについて、これからの利用をご検討されているサービスをご記入下さい。

	利用曜日	利用時間
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴		
通所介護（デイサービス）		
通所リハ（デイケア）		
ショートステイ		
その他（訪問マッサージ等）		
その他（都合の悪い曜日・時間）		

---

※ 当訪問リハは、1回につき40分の対応とさせていただきます。  
 実施期間は、**当院医師からの指示日より3ヵ月となりますが、3ヵ月毎の更新が可能です。**

※ 当訪問リハは、退院後の活動量の維持・向上を図ることを目的に、動作練習を中心に提供させていただきます。

依頼元の事業者名： \_\_\_\_\_ 事業所番号： \_\_\_\_\_

〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]

住所 \_\_\_\_\_

介護支援専門員氏名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_