

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： _____