

神栖済生会病院訪問リハビリテーション利用申込書

介護保険事業所番号：0875200925

申込日 令和 年 月 日

ご利用者氏名	(ふりがな) 様 (男・女)
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住所	〒
連絡先	①自宅：() - () - () ②携帯：() - () - ()
緊急連絡先	様(続柄) () - () - ()
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 介護保険証の有効期限： 年 月 日～ 年 月 日
主な疾患・障害名	身体障害者手帳：__級 特定疾患受給者証：__級 感染症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()
病院・施設 入院・入所中の場合	医療機関名： 主治医： 退院・退所予定日：令和 年 月 日
主治医 かかりつけ医	医療機関名： 主治医名： 受診頻度： __回/ __月 (外来受診・往診)
ご家庭で困っている事	
リハビリテーションに 期待する事 (ご希望)	
ご利用希望日	①曜日 (<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金) ②時間 (<input type="checkbox"/> AM・ <input type="checkbox"/> PM) ③利用頻度：(週に <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3回)
居宅支援事業所	事業所： ご担当者： TEL： FAX：

- ・1回の訪問は40分を基本にしております。ご依頼にあたり、ケアプランの添付をお願いいたします。
- ・他院が主治医の場合、3ヶ月毎に主治医(かかりつけ医)より診療情報提供書を頂き、かつ、当院訪問リハビリ担当医の受診が必要です。