

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) () - () - () |
| 介護保険情報 | <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 介護保険被保険者番号： 介護保険証の有効期限：令和 年 月 日～ 年 月 日 負担割合証の有効期限：令和 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： 主治医名： 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： 事業所コード： 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。