FAX番号　0299-97-2121　訪問リハビリ担当者行

**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 | □申請中　要支援□１・□２　要介護□１・□２・□３・□４・□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　□無・□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（□月・□火・□水・□木・□金）　②時間（□AM・□PM）  ③利用頻度：（週に□１・□２・□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。

神栖済生会病院　訪問リハビリテーション　担当：石毛、佐藤　TEL：0299-97-2111（代）