

訪問リハビリテーション利用申込書

河北総合病院
 リハビリテーション科 訪問リハビリテーション部
 〒166-8588 杉並区阿佐谷北1-7-3
 Tel:03-3339-8238/Fax:03-3339-2150

事業所番号 1311511054

申込日 年 月 日

居宅介護支援事業所			
事業所番号			
担当ケアマネジャー			
住所	〒	TEL	
		FAX	

※以下の内容をわかる範囲でご記載ください

フリガナ		性別	男性 ・ 女性	
利用者氏名	様	生年月日	M / T / S / H	年 月 日
住所	〒		駐車場	あり ・ なし
TEL				
ご家族氏名	様 (続柄)	緊急連絡先	①	
			②	

介護保険	申請中 ・ 更新中 ・ 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			
入院歴	最終退院日	年	月	日 (退院後3ヵ月以内の方のみ記入)

かかりつけの医療機関	医療機関名:			
	診療科名:		主治医名:	
	住所:			
	TEL:			

主病名				
リハビリの目的				
リハビリ希望	本人	あり ・ なし ・ 聴取不可	家族	あり ・ なし
希望日時・ご要望				
希望頻度	・週2回以上(理由:)			
	・週1回			
	・その他(理由:)			
他サービス利用	デイサービス ()			
	訪問看護 ()			
	訪問介護 ()			
	福祉用具 ()			
	その他 ()			
当院受診歴	あり ・ なし		当院受診	可能 ・ 不可能

その他特記事項				
---------	--	--	--	--

※利用している
曜日、時間帯を
ご記載ください