

登美ヶ丘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）		
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： <input style="width: 100px;" type="text"/> 保険者番号： <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	届出年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有（種 級） <input type="checkbox"/> 無	
生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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でお願いします。		
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。	
ケアマネー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、原則週2回の対応とさせていただきます。（必要に応じ週1回もしくは週3回の対応も可能です。） 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 _____	_____	

医療法人社団生和会 登美ヶ丘リハビリテーション病院

事業所番号：291011216

〒631-0003 奈良県奈良市中登美ヶ丘6-12-2

TEL 0742-45-6800(代) FAX 0742-45-6801

※申込書のご返送は、FAXにてお願い致します。