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:　□□□□□□□□□□　　保険者番号:　□□□□□□ 届出年月日:　　年　　月　　日
身体障害者手帳	□　有（　　種　　級）　□　無
生活保護	□　有　　□　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。

Ｔ Ｅ Ｌ ：　　―　　―

※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　　―　　―

登美ヶ丘リハビリテーション病院

事業所番号:2910111216

〒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。