

このままFAX送信可（表紙・鏡文なし）

<FAX番号：0557-52-3022 電話番号：0557-52-3021>

さくら醫院 訪問リハビリ 申し込み書

（空欄があってもかまいません。こちらで記入いたします。まずはご相談ください。）

申込日：平成 年 月 日

居宅支援事業所		事業所番号	
介護支援専門員	様	電話	- -
		FAX	- -

【利用者情報】

ふりがな	性別	生年月日	
氏名	様 男・女	大正・昭和・平成	年 月 日
住所	電話番号		
駐車場	有・無	備考（ ）	
介護保険情報	保険者番号	被保険者番号	
認定年月日	平成 年 月 日		
有効期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日	
要介護度	要支援1・2	要介護 1・2・3・4・5	負担割合 1・2・3 割
身体障がい者手帳	あり・なし	() 種 () 級	生活保護
特定疾患の認定	あり・なし	→ 重度の認定(あり・なし)	あり・なし

ケアプラン上、どのようなリハビリ内容をご希望ですか？以下の項目にチェックして下さい。

訪問リハビリの依頼内容	想定される利用期間
<input type="checkbox"/> 拘縮予防、褥瘡予防、筋力の維持、痛みの緩和、排痰、嚥下	<input type="checkbox"/> 短期利用コース
<input type="checkbox"/> 基本動作能力：寝返り、起き上がり、立ち座り など	1～2週間（週1・2・3回）
<input type="checkbox"/> 日常生活動作：食事、排せつ、整容、入浴、更衣、移動（屋内・屋外） など	<input type="checkbox"/> 目標達成コース
<input type="checkbox"/> 介護指導、住宅改修、環境調整（手すり・段差・トイレ・浴室改修のご提案など）	2～3カ月（週1・2回）
<input type="checkbox"/> QOL、趣味活動（ ）、外出支援	<input type="checkbox"/> 長期利用コース
ご希望される訪問リハビリ利用の曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土

【家族・キーパーソン】

キーパーソン	ふりがな	続柄	自宅電話
	氏名	様	携帯電話
	健康状態・介護状況 良好・病弱・小柄・細身・ 多忙・同居・別居・熱心	住所（別居の場合）	E-mail
同居家族、ご近所付き合い等 特記事項			

【主治医 医療機関名】

医療機関名	医師名
受診方法 通院・往診・定期訪問診療 通院頻度 週1・隔週・月1・不定期 次回受診日 月 日	
主治医に、さくら醫院への診療情報提供書作成依頼は可能ですか？	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 難しい
さくら醫院への受診（通院・往診・定期訪問診療等）は可能ですか？	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 難しい
（可能な場合、ご希望の曜日）	→ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 外来（午前） <input type="checkbox"/> 往診（午後）

*その他、サービス利用日

サービスの種類	事業所名	利用日	利用時間
		月・火・水・木・金・土・日	～
		月・火・水・木・金・土・日	～
		月・火・水・木・金・土・日	～
		月・火・水・木・金・土・日	～
		月・火・水・木・金・土・日	～

さくら醫院 訪問リハビリテーション部
事業所番号2210501280