

さくら医院 訪問リハビリテーション申し込み書

申込日

事業所名		介護支援専門員名	
		電話	
事業所番号		FAX	

【利用者情報】

ふりがな	性別	生年月日		
氏名	男・女	M・T・S・H	年	月 日
住所	TEL (自宅または連絡先)			
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	生活保護 有・無
身体障がい者手帳 (あり・なし) (種 (級				
特定疾患の認定 (あり・なし) → 重度の認定 (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		利用期間 (コース設定)		
<input type="checkbox"/> 長期臥床等において褥瘡・拘縮予防が必要		<input type="checkbox"/> 短期利用コース		
<input type="checkbox"/> 基本動作 (寝返り、起き上がり、立ち上がり) 能力向上 (介護指導も含む)		(1～2週間)		
<input type="checkbox"/> 日常生活動作 (食事、移動、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、更衣等)		<input type="checkbox"/> 目標達成コース		
<input type="checkbox"/> 住宅改修が必要 (手すり・段差・トイレ・浴室改修の提案)		(3カ月)		
<input type="checkbox"/> QOL・趣味活動・外出支援等		<input type="checkbox"/> 長期利用コース		

【家族・キーパーソン】

キーパーソン連絡先	ふりがな	続柄	電話 (自宅)
	氏名		携帯
	住所		
請求書送付先	氏名	住所	
駐車場	軽自動車でもありますが、駐車場ありますか？ 有・無		

【主治医 医療機関名】

*ご利用にあたっては、初回の診察が必要となります。訪問リハビリ開始後も、さくら医院へのリハビリ診察が3カ月に1回必用になります。

医療機関名および医師名	<input type="checkbox"/> 受診できる		
	<input type="checkbox"/> 訪問診療をお願いしたい。		
医療機関住所・電話番号			
受診状況	訪問診療・通院	回/月	曜日 月・火・水・木・金・土 不定期 午前・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	～

事業所番号221051280

お問い合わせ先 0557-52-3021 FAX0557-52-3022 担当 土屋

*介護保険証書・負担割合証・提供票の送付をあわせてお願い致します。