



通所リハビリテーション申込書



日扇会第一病院 行 (FAX 3718 - 7736)

事業者番号 1311070671

〒152-0031 目黒区中根 2 - 10 - 20

問い合わせ先 (Tel) 3718 - 7281 担当:リハビリ室 山口 申し込み日: 年 月 日

事業者名			
事業者番号			
住所	〒	Tel	
担当ケアマネジャー		Fax	
かかりつけ医		病院名	
T e l		科	
住所			

フリカゝナ		性別	男性	女性
利用者氏名	様	生年月日	M T S	年 月 日
		年齢		才
被保険者番号				
保険者番号				
住所				
T e l				
主たる診断名				
経過				
退院日	年 月 日 (退院後3ヶ月以内の方のみ記入)			
介護認定	申請中 ・ 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで			
介護者氏名		様	続柄	
リハビリ希望	本人	あり・なし・聴取困難	家族	あり・なし
希望頻度	週2回・以上 (状態改善・退院直後等)			
	週1回 (機能低下予防等)			
	その他 回			
希望日	希望の曜日・コースに○をしてください。			
	午前 (1時間~2時間コース) (月 火 水 木 金)			
	午後 (3時間~4時間コース) (月 火 水 木 金)			
※ 1~2時間コースの水曜日は要支援の方のみとなります。 ※ 空き状況等により、調節をお願いすることがあります。				
ケアプラン目標				
備考				