



訪問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 1371000728

〒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 萩原 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			
同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※かかりつけ医の同意が必要です		
当院外来受診	可能・不可能 ※他院かかりつけの場合実施前と3ヶ月毎受診が必要です		

フリカ`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			
訪問希望日	月~金の9:00~17:00で希望時間を記入してください。 第一希望 () 曜日 () 時頃 第二希望 () 曜日 () 時頃 ※ 空き状況により、調節をお願いすることがあります。			
ケアフ`ラン目標				
備 考				