



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 横山

申し込み日 年 月 日

《往診に関してチェックをお願い致します》 ※他院かかりつけ医の場合

3ヶ月に1度、火曜日午後の往診が可能である (他往診を利用していない)

3ヶ月に一度の外来受診が可能である (往診利用ができない場合)

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	
Tel		科	
住所			
かかりつけ医の診察方法	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 往診		
リハビリの同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※かかりつけ医の同意が必要です		
当院往診 (3ヶ月毎)	可能・不可能 ※安全のためお願いしています。		

フリガナ		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	介護保険被保険者証と介護保険負担割合証のコピーを添付して			
保険者番号	下さい。お手数掛けますがよろしくお願いいたします。			
住所				
Tel				
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)			
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。			
ケアプラン目標				
備考				