



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 - 7481 担当 松本

申し込み日 年 月 日

《リハビリ申込み前にチェックをお願い致します》

- かかりつけ医がリハビリ実施・紹介状作成に同意している
- リハビリ会議開催が可能 (6 か月間は毎月。以降は3 か月毎) ※要介護のみ
- 医療保険でのリハビリを行っていない

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			

フリガナ		性別	男性	女性
利用者氏名	様	生年月日	T S H	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下さい。お手数掛けますがよろしく願いいたします。			
保険者番号				
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			
家族氏名	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
車いす席	必要 ・ 不要			
利用頻度	週2回・以上 (状態改善・退院直後 等)		その他 回	
	週1回 (機能低下予防 等)			
利用予定日	午前) 9:20~11:00 (月 火 水 木 金)			
	昼) 13:00~14:40 (月 火 水 木 金)			
	午後) 14:50~16:30 (月 火 水 木 金)			
ケアプラン目標				
備考				