

東急病院 訪問リハビリテーション 申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ： _____

ご利用者様氏名： _____ 様 性別（男・女）

生年月日（T・S・H・R） 年 月 日 / 年齢 歳

住所： 〒 _____ 同居家族の有無

無

有（ _____ ）

電話番号（ _____ ） - _____ / 携帯電話（ _____ ） - _____

介護保険証認定情報

要支援（1・2） ・ 要介護（1・2・3・4・5） ・ 申請中
 （有効期間： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日）

被保険者番号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 保険者番号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

届出年月日： _____ 年 月 日

身体障害者手帳 有（ _____ 種 _____ 級） ・ 無

生活保護 有 ・ 無

かかりつけの医療機関について

かかりつけの医療機関： _____

かかりつけ医： _____ 科 _____ 医師（受診 / 訪問診療）
医師の氏名はフルネームでお願いします。

T E L： _____ - _____

※かかりつけ医に、当院の訪問リハビリテーションを利用する旨の連絡がお済みでない場合は、早めにご連絡をお願い致します。

ご利用者様の希望をご記入下さい。	ご家族様の希望をご記入下さい。
------------------	-----------------

ケアマネージャーからみた訪問リハビリテーションのニーズ・要望をご記入下さい。

訪問リハビリテーションの希望曜日・時間帯をご記入下さい。

他のサービスについて、これからの利用をご検討されているサービスをご記入下さい。

	利用曜日	利用時間
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴		
通所介護（デイサービス）		
通所リハ（デイケア）		
ショートステイ		
その他（訪問マッサージ等）		
その他（都合の悪い曜日・時間）		

※ 当訪問リハビリテーションは、1回につき40～60分、原則週1～2回の対応とさせていただきます。（必要に応じ週3回の対応も可能です。）
 実施期間は、当院医師からの指示日より3カ月となります。継続の場合は3カ月毎の更新が必要です。

依頼元の事業者名： _____ 事業所番号： _____

住所： 〒 _____

介護支援専門員 氏名（フリガナ）： _____

TEL：（ _____ ） - _____ / FAX：（ _____ ） - _____