

訪問リハビリ利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設
リハビリセンター あゆみ
施設長 殿

(ふりがな)			男	明治・大正・昭和	
申込者氏名			女	年	月 日(歳)
住 所	〒 ー TEL ー ー		滋賀県		
利用目的	本人: 家族:	病歴			
保険証関係	健康保険証	いづれかに○ ・後期高齢者医療【 】 ・国民健康保険【 】 ・その他保険証【 】			
	介護保険証	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			
	その他	・身体障害者手帳【 】 ・特定疾患受給者証【 】 ・福祉助成券【 】 ・介護保険負担限度額認定証【 】			
現在の状況		午前利用サービス		午後利用サービス	
	月				
	火				
	水				
	木				
	金				
	土				
	日				
	【 】入院中 (病院名:)		入院日: 年 月 日		
	【 】入所中 (施設名:)		入所日: 年 月 日		
身元引受人	氏 名(続柄)		住 所		TEL
希望リハビリ内容	<input type="checkbox"/> 身体的アプローチ <input type="checkbox"/> 言語・口腔機能的アプローチ		希望利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月・6ヶ月・その他(
かかりつけ医療機関	病院名			担当介護支援専門員	事業所名
	担当医				担当者

上記の者の訪問リハビリの利用申し込みを申請いたします。

必要書類	<input type="checkbox"/> Dr. 指示書 (原則、初回のみケアマネに依頼お願いして)
	<input type="checkbox"/> 介護保険証の写し
	<input type="checkbox"/> ケアプラン
	<input type="checkbox"/> 提供表
	<input type="checkbox"/> 医療・看護・介護 等の情報
	<input type="checkbox"/> 退院後の場合、リハ・看護サマリー

申込申請者

連絡先 住 所

TEL

続柄()氏名

印