訪問リハビリ利用申込書・判定書

年　　月　　日

リハビリセンターあゆみ施設長　殿

（ふりがな）		男・女	明治・大正・昭和 年　月　日（　歳）
申込者氏名			
住　所	〒　－ 滋賀県	TEL　－　－	
利用目的	本人： 家族：	病歴	

保険証関係	健康保険証	いずれかに○	・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

引受	氏　名（続柄）	住　所	ＴＥＬ

希望リハビリ内容	□身体的アプローチ □言語　□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	

必要書類	
	□　介護保険証の写し
	□　介護負担割合証
	□　ケアプラン
	□　提供表
	□　医療・看護・介護等の情報（サマリーなど）
	□　診療情報提供書、健康診断書

申込申請者

連絡先　住　所

ＴＥＬ

続柄（　）氏　名　　印

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。

介護老人保健施設　リハビリセンターあゆみ