通所リハビリテーション申込書

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

平内中央病院　在宅診療部　行き

（FAX：017－755－2233）

申込者氏名：

（本人・家族・ケアマネ・その他）

平内中央病院の訪問リハビリテーションを利用したいので、下記の通り申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 男女 | 生年月日：明治・大正・昭和・平成　　　年　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者との続柄　　　　　　　）電話： |

|  |
| --- |
| 介護度：　要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・申請中身体障害者手帳：　なし　・　あり（　　　　級）公費負担：　有り・無し |
| 担当ケアマネ |  | 居宅事業所 |  |
| かかりつけの医療機関 |  | 主治医 |  |
| 主な診断名 |  |
| 受療状態 | 通院　・　訪問診療　・　往診 |
| ※入院中の方のみ記入 | 入院医療機関：　　　　　　　　　　　　　退院予定：　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望 | 月曜日　・　火曜日　・　水曜日　・　木曜日　・　金曜日　　特に希望無 |
| 回／週 |

|  |
| --- |
| 利用目的（お困りの点など自由にお書きください）： |