

平内中央病院
訪問リハビリテーション
通所リハビリテーション
利用申込書

(利用希望のサービスに○をお願いします)

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

| | |
|-------------|------------|
| 担当ケアマネ・相談員： | 事業所名： |
| | 電話番号：() - |

利用者

| | |
|--|-------------------------------------|
| ふりがな 氏名： 男 ・ 女 | 生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳) |
| 住所：〒 | 電話番号：() - |
| 訪問先 (住所と異なる場合)：〒 | 電話番号：() - |
| かかりつけ医療機関名： | 主治医： 先生 |
| 主な疾患名： | 受診方法： 通院 ・ 訪問診療 |
| 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 新規申請中 ・ 更新中 | |
| 身体障害者手帳： なし ・ あり (障害： 等級： 級) | |
| 指定医療受給者証： なし ・ あり (自己負担限度額： 円) | |
| ※入院中の方のみ記入 入院医療機関名： 退院予定日： 令和 年 月 日 | |
| 利用目的 (主な目的に○をつけてください)： 退院後の生活状況の確認 ・ 動作練習 ・ 介助方法の指導 ・ 環境調整 ・ 運動機会の確保 その他 () | |
| サービス利用ができない曜日や時間帯 (他サービスとの兼ね合いなど)： | |