

聖園病院訪問リハビリテーション申込書

送信先

訪問リハ事業者番号 1510117755 聖園病院 リハビリテーション科 〒950-2002 新潟市西区青山7丁目9番10号
FAX番号: 025-267-0177 TEL番号: 025-267-0176

※恐れ入りますが、下の枠内のご記入をお願い致します。

送信日: 平成 年 月 日			
居宅介護支援事業所名: _____			
介護支援専門員氏名: _____ 様			
TEL: _____ FAX: _____			
個人情報が特定できない範囲で、利用者様の情報をご記入下さい。			
年齢	歳	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	認定情報 要支援: _____ 要介護: _____ (有効期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)
住所	新潟市 _____ 区 ※番地などは不要です。町名までお願い致します。		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
援助の経過、訪問リハ利用のきっかけ、利用者様の心身の状態などをご記入ください。			
訪問リハの希望曜日・時間、開始希望日をお聞かせください。		訪問リハ時の駐車可能場所をお聞かせください。	
かかりつけ医の情報をお聞かせください。			
かかりつけ医療機関名: _____ ※定期的な診療をしている病院等をご記入ください。			
主治医: _____ 科 _____ 医師 <input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ※医師の氏名はフルネームでお願い致します。			
住所: 新潟市			
電話番号: _____			

以下は記載不要

利用者様氏名: _____ 様

住所: _____

TEL: _____