

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:	<input type="checkbox"/> 申請中
				(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 : _____