

訪問リハビリテーション利用申込書 （ご利用者様用）

送信先

訪問リハビリテーション事業者番号 1453380029 介護老人保健施設 ライフプラザ新緑

〒226-0026 横浜市緑区長津田町 5708 FAX : 045-924-2258 TEL : 045-924-2200

送信日 : 年 月 日

利用者情報				
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男		明・大・昭
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	TEL : ()			
駐車場	<input type="checkbox"/> 敷地内にあり <input type="checkbox"/> 敷地内になし（要相談） <input type="checkbox"/> 契約駐車場あり			
緊急 連絡先	氏名（フリガナ）： () TEL : () 続柄 ()			
かかりつけ 医療機関名	主治医 ()			
主たる病名	発症日 (年 月 日)			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所または入院中 (施設名) (退所または退院日 年 月 日)			
介護認定状況				
有効期間：	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 年 月 日 ~ 年 月 日			
居宅介護 支援事業所	事業所名： TEL : () FAX : () 介護支援専門員氏名（フリガナ）： ()			
サービス内容				
ご利用者希望				
ご家族希望				
利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土			
希望時間帯	①9：45～10：45 ②11：00～12：00 ③13：30～14：30 ④14：45～15：45 ⑤16：00～17：00			
その他特記事項等				
当施設からの訪問リハビリテーションの開始と継続にあたって				
①当施設医師の受診が必要になります。②かかりつけ医の診察を受けて頂き、診療情報提供書が必要になります。 (①②いずれも初回・それ以降3か月毎)				
申 込 日	年 月 日	申 込 者 氏 名		

* 基本サービス提供時間は1回60分を予定しております。