

# 訪問リハビリテーション申込書

平成 年 月 日

|                     |   |     |                            |          |          |   |     |
|---------------------|---|-----|----------------------------|----------|----------|---|-----|
| フリガナ<br>ご利用者<br>氏 名 | -----   |     | 生年月日                       | 明・大・昭    | 年        | 月 | 日   |
|                     |   | 年 齢 | 満                          | 歳        | 性 別      | 男 | ・ 女 |
| 住 所                 | 〒 ー<br>電話 ( ) ー   |     |                            |          |          |   |     |
| 利用希望                | 週 回 : 希望曜日 ( 月 火 水 木 金 土 ) ※○・△・×で表記<br>平成 年 月 ころ ~ [ PT ・ OT ・ ST ] の訪問を希望   |     |                            |          |          |   |     |
| 現 在 の<br>状 況        | <input type="checkbox"/> 自 宅 : ( 一人暮らし ・ ご夫婦で生活 ・ 家族と同居 )<br><input type="checkbox"/> 入院中 : 病院名 ( ) 病名 ( )<br><input type="checkbox"/> 施設入所中 : 施設名 ( )        |     |                            |          |          |   |     |
| 利用希望<br>の理由等        |   |     |                            |          |          |   |     |
| かかりつけ<br>医療機関名      |   |     | 科                          | 主治医      | Dr.      |   |     |
|                     | 住 所 :   |     |                            |          |          |   |     |
|                     | 電 話 : FAX :   |     |                            |          |          |   |     |
| 介護保険                | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 認定中 <input type="checkbox"/> 認定を受けていない |     |                            |          |          |   |     |
|                     | 保 険 者 :   |     | 被保険者番号                     |          |          |   |     |
|                     | 認定日 ( H 年 月 日 )   |     | 有効期間 ( H 年 月 日 ~ H 年 月 日 ) |          |          |   |     |
| 公費受給                | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護を受給 <input type="checkbox"/> その他公費を受給 ( )  |     |                            |          |          |   |     |
| 居宅介護<br>支援事業所       | 事業所名 :  |     |                            |          |          |   |     |
|                     | 住 所 :   |     |                            |          |          |   |     |
|                     | ケアマネージャー :  |     |                            |          | 電話 ( ) ー |   |     |
| フリガナ<br>お申し<br>込み者  | -----   |     | 連 絡 先                      | 自宅 ( ) ー |          |   |     |
| 続 柄 :               |   |     |                            | 携帯 ( ) ー |          |   |     |
|                     |   |     |                            | 職場 ( ) ー |          |   |     |
| 住 所                 | 〒 ー   |     |                            |          |          |   |     |



パークサイド  
**なごみ**

医療法人河和会  
訪問リハステーション

〒546-0024

大阪市東住吉区公園南矢田3-19-12

T E L 06-6606-2211

F A X 06-6606-2212