**公益財団法人丹後中央病院**

**訪問リハビリテーション利用申込書**

１．利用者情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日（ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ）年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　　　－　 |
| 電話番号 | 　　　　　　　（　　　　　　） |
| 要介護認定 | 区分 | 要支援（ １ ・ ２ ） 　要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ） |
| 期間 | 　　　　年　　月　　日　　　～　　　　　年　　月　　日 |
| 身体障害者手帳 | 無　・　有　（　　　　　級　　　　　種） |
| その他　手帳 | 無　・　有　（　　　　　級　　　　　種） |
| 診断されている病名 |  |
| 緊急連絡先 |  |

２．居宅介護支援事業所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ |  |
| 電　　話 |  | ファックス |  |

３．退院後のかかりつけ医

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病 院・医 院 名 |  | 医 師 名 |  |
| 電　　話 |  | ファックス |  |

４．訪問リハに対する希望や目的・相談内容（ニーズ・回数・頻度・費用面に関する事）

|  |
| --- |
|  |

＊ご本人・ご家族より聞き取り記載してください。

５．通信欄・連絡事項

|  |
| --- |
|  |

申込年月日　　　　　　年　　　月　　　日　　申込者　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）

|  |
| --- |
| **提出先****ＦＡＸ：０７７２－６２－８３０２　もしくは　受付へ直接ご持参ください****担当：公益財団法人丹後中央病院 訪問リハビリテーション事業所　志水美智也** |