

# こうあん診療所 訪問リハビリテーション 利用申込書

記入日 令和 年 月 日

※該当する項目に☐してください。

ご利用者	ふりがな		☐男 ☐女	☐大正	☐昭和	日生 年 月 日 ( 歳)
	氏名					
	住所	〒 ー TEL: ( )				
	現在の居所	☐自宅 ☐施設 ☐病院 ☐その他 施設又は病院名 ※入所・入院期間 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	家族構成	同居者: ☐独居 ☐親 ☐配偶者 ☐子 ☐孫 ☐その他 ( )				
	要介護認定	☐要支援1 ☐要支援2 ☐要介護1 ☐要介護2 ☐要介護3 ☐要介護4 ☐要介護5				
	介護保険番号		認定日			
	認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで				
	居室介護支援事業所 電話番号		担当ケアマネージャー		FAX番号	

主介護者	ふりがな		☐男 ☐女	☐同居	続柄
	氏名			☐別居	
	住所	〒 ー TEL: ( )			

緊急連絡先	氏名	住所	電話番号	続柄
	①			
	②			

医療機関	病院名	担当医師	科目	診断名
		Dr	科	
		Dr	科	

利用希望	希望曜日	☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土 ( )回/週					
	希望時間	① 曜日 時 分~ 時 分 ② 曜日 時 分~ 時 分					
	訪問リハビリ(介護保険)	☐ 20分	☐ 40分	☐ 60分	☐ 80分	☐ 100分	☐ 120分
	訪問リハビリ (医療保険:40歳以下)	☐ 20分	☐ 40分	☐ 60分	☐ 80分	☐ 100分	☐ 120分
	サービスを希望する理由						

備考	在宅でお困りな点やご要望等ありましたらご自由にご記入ください。
----	---------------------------------