

訪問リハビリテーション 利用申込書

申込受付日 西暦 年 月 日

ふりがな		性別	M			
利用者氏名		男・女	生年月日	T	年	月
				S	日	(歳)
利用者住所	〒					
ふりがな			申込者住所	〒		
申込者氏名	続柄 ()					
緊急連絡先 (上記以外の場合)	ふりがな			緊急連絡者住所	〒	
	氏名	続柄 ()				
利用希望の理由・目的						
主疾患名及び病状						
希望曜日	何曜日でも可 ・ 希望曜日に○を記入〔 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 〕					

介護保険情報

保険者番号				被保険者番号								
要介護度	認定年月日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日	～	年	月	日
居宅介護支援事業所	事業所名				担当ケアマネジャー名							
	TEL	()										
主治医連絡先	医院名				担当医師名							
	TEL	()										

他の受診医療機関名・診療科/通院・往診/頻度など分かる範囲でご記入ください。

他受診状況											
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 (同居者 有・無)			<input type="checkbox"/> 入院中 (入院先)							
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名)			<input type="checkbox"/> その他 ()							
同居者の状況	氏名		続柄		年齢		連絡先 (勤め先・携帯電話等)				
住宅情報	<input type="checkbox"/> 一戸建て・マンション・ハイツ			<input type="checkbox"/> 車いす (有り・無し)							
	<input type="checkbox"/> エレベーター (有り・無し)			<input type="checkbox"/> 歩行補助用具							
	<input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段 (有り・無し)			(杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー)							
	<input type="checkbox"/> トイレ (和式・洋式・ポータブル)										
	<input type="checkbox"/> その他										

〒658-0045 神戸市東灘区御影石町1-1-32

介護老人保健施設 アネシス御影

☎ 078-811-1100 (代表) Fax 078-811-2777 ✉ anesis-mikage-reha@kouyukai.jp