

訪問リハビリテーション利用申込書

年 月 日

| | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|--------|-----|--|-----|
| 生年月日・性別 | T・S・H・R | | 年 | 月 | 日 | 歳 | 男・女 |
| (フリガナ) 利用希望者氏名 | | | | | | 家族構成 (KP) | |
| 住所 | | | | | | | |
| 電話番号 | (自宅) | | | (携帯電話) | | | |
| 適用となる保険 | 介護保険 | 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 | | | | | |
| | 有効期間 | ～ | | | 認定日 | | |
| | 医療保険 | | | | | | |
| 主疾患 | | | | | | | |
| 現病歴 | | | | | | | |
| 合併症・既往症 | | | | | | | |
| かかりつけ医療機関 | | | | | | 医師名 | |
| 利用希望に至った経緯・利用希望の動機・理由など | | | | | | | |
| サービス利用継続には当院（開西病院）の3月ごと（医療保険は1月ごと）の受診が必要ですが可能ですか？ | | | | | | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> 相談したい・調整中 | |
| 希望利用頻度 | <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> 週3回 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| 希望曜日 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 | | | | | | |
| 希望時間帯 | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> どちらでも <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| 他のサービス利用状況 | 訪問看護 | 頻度・曜日・時間 | | | | | |
| | 訪問介護 | 頻度・曜日・時間 | | | | | |
| | 通所 | 頻度・曜日・時間 | | | | | |
| | 訪問入浴 | 頻度・曜日・時間 | | | | | |
| | 訪問診療 | 頻度・曜日・時間 | | | | | |
| | 福祉用具 | | | | | | |
| ご依頼いただいた事業所様 | | | | | | ご担当者様 | |
| | 連絡先電話番号 | | | | | | |