

医療法人社団 さわだ整形外科 訪問リハビリテーション 申込書

申込日： 平成 年 月 日

フリガナ	
ご利用者様氏名： _____ 様 性別（男・女）	
生年月日： _____ 年 月 日生 （ ）歳	
〒 _____ 住 所	
TEL 自 宅： _____	
*緊急連絡先： _____ (氏名： _____ 続柄： _____)	
ご利用者様以外の連絡先を必ずご記入ください。	
介護保険証 認定情報	要支援(1・2) ・ 要介護 (1・2・3・4・5) ・ 申請中
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(種 級) <input type="checkbox"/> 無
生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
かかりつけの医療機関について	
かかりつけの医療機関： _____	
かかりつけ医： _____ 科 _____ 医師 (受診 / 訪問診療)	
TEL： _____	
ご利用者様の希望をご記入下さい。	ご家族様の希望をご記入下さい。
ケアマネージャーからみた訪問リハのニーズ・要望をご記入下さい。	
当訪問リハの希望曜日・時間をご記入下さい。	
※ 当訪問リハは、1回につき40分の対応とさせていただきます。(介入頻度は必要に応じ週1回～3回、月2回などの対応が可能です。) 実施期間は、当院医師からの指示日より3ヵ月となります。	
・依頼元の情報 ※送付票等に記載されている場合は空白で結構です	
依頼元の事業者名： _____	事業所番号： _____
〒 _____	
住 所： _____	
介護支援専門員氏名： _____	
TEL _____	
FAX _____	

医療法人社団 さわだ整形外科 理事長 澤田元幸

事業所番号：2813025265

〒661-0002 兵庫県尼崎市塚口町1丁目12-8 青山塚口ビル2階

TEL:090-6652-3556 FAX:06-6421-4151

E-mail: sawadaseikei.riha@gmail.com

※申込書のご返送は、FAXもしくはメールにてお願い致します。