

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
※現状の居宅サービス計画書等を添付していただければ重複する部分は空欄で構いません。

申込日: 令和 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。)	
・依頼元の情報 ※送信票等に記載されている場合は空欄で構いません	
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。