

# 訪問リハビリテーション利用申込書

年 月 日

やまかわ整形外科・リハビリクリニック (FAX: 075 - 321 - 6096)

次の通り、訪問リハビリテーションを利用したいので、関係書類を添付して申し込みします。

フリガナ		性別	生年月日
利用者		男・女	M・T・S 年 月 日 (満 歳)
現住所	〒		
電話番号	自宅 ( )	携帯	( )
介護保険	無・有	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	負担割合 1割 2割 3割
介護支援専門員 (ケアマネージャー)	事業所名	電話番号 ( )	
	氏名	FAX 番号 ( )	
利用希望日	週 回 月・火・水・木・金 サービス介入期 ( )		
既往歴			
現在の服薬内容			
移動	歩行	出来る・出来ない	
	補助具	無・杖 (T字・4点・その他 ) 歩行器・車イス (自走・介助)	