

いしまるクリニック
訪問リハビリテーション 利用申込書

対象者名	フリガナ	男 ・ 女	住 所	〒
	様			
	明・大・昭 年 月 日 (歳)	電話番号 ()		

1. 基本利用者情報

介護保険	保険者番号		被保険者番号	
	要介護度	申請中・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		
	認定日	令和 年 月 日		
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
主治医または かかりつけ医	医療機関名	電話番号 ()		
	医師名	診療科 ()		
	主疾患名			
	診察頻度	診療方法 (外来受診 ・ 往診)		
緊急連絡先	①	フリガナ 氏名	続柄 ()	電話番号 ()
	②	フリガナ 氏名	続柄 ()	電話番号 ()
感染症	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()			
公費受給状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他 ()			
現在の状態	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院(所)中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	医療機関(診療科目)・施設名： 退院(所)日：令和 年 月 日 (退院 ・ 予定)			
	※「自宅」に☑した方で、この1年以内に入院(所)した期間がある場合はその際の情報をご記入下さい。			

2. 訪問リハビリテーション情報

移動方法	独歩・T字杖・歩行器等・車椅子	介助量	自立・見守り・一部介助・全介助
訪問リハ希望日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日		
	<input type="checkbox"/> 午前		<input type="checkbox"/> 午後
	※その他ご要望がありましたら記入してください。		

3. 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）情報

事業所名	(事業所番号)		
担当者			
連絡先	〒	電話番号 ()	FAX番号 ()