

彩の国東大宮メディカルセンター訪問リハビリテーション利用申込書①

事業者名 _____	電話番号 _____ - _____ - _____	
事業所番号 _____	FAX番号 _____ - _____ - _____	
介護支援専門員 _____		
訪問リハビリテーションを利用したいので、下記の通り申し込みます。		
フリガナ 利用者氏名 _____	性別 (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (歳)	
電話番号 自宅 _____ - _____ - _____	緊急連絡先 _____ - _____ - _____ (利用者との続柄: _____)	
住所 _____ _____		
かかりつけの 医療機関名 _____ (主に月1回程度、受診又は往診されている医療機関名をお書きください)		
主治医 _____ 科 _____	医師 _____ (医師の名前はフルネームをお願いします)	
住所 _____ _____		
電話番号 _____ - _____ - _____	※主治医が当院以外の方	
FAX番号 _____ - _____ - _____	当院指示医受診 往診希望 あり・なし	
往診での対応に関しまして、日時や他利用者様との兼ね合いにより、 介入までに少々お時間をいただく場合もございますので、何卒ご了承ください。		
希望する訪問リハビリの内容を○で囲んでください。		
1 手足を動かす練習	6 トイレ動作練習	# 住宅改修の相談
2 起き上がり練習	7 着替え練習	# 筋力強化 (手・足・体)
3 立ち上がり練習	8 家庭でできる体操の習得	# その他 ()
4 歩行練習	9 寝たきりを防ぐ指導	
5 入浴練習	# 生活指導	

身体障害者手帳 (有・無) () 種 () 級		
特定疾患の認定 (有・無)	重度心身障害者医療費受給者証 (有・無)	