

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 _____	M・T・S _____	生年月日 年 月 日 _____ 歳
現住所 _____ _____			
電話番号 _____			
緊急連絡先 _____		氏名: _____ (利用者との続柄)	
家族構成 主介護者 (_____)		駐車場: _____ 有 ・ 無 _____	
要介護状態区分 _____		介護保険負担割合 1割 ・ 2割 _____	
身体障害者手帳 (有 ・ 無) (_____) 種 (_____) 級 _____			
心身障害者医療費受給資格証 (有 ・ 無) _____			
指定難病医療受給証 (有 ・ 無) 指定難病の名称 _____			
かかりつけの 医療機関名 _____		彩の国東大宮メディカルセンター	
(主に月1回程度、往診又は受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でお願いします)			
住所: 埼玉県さいたま市土呂町1522 _____ _____			
電話番号: 048 — 665 — 6207 _____		診察の受け方 通院 ・ 往診 _____	
FAX番号: 048 — 665 — 6207 _____		※往診の頻度 _____	