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 M・T・S 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 ＿＿＿＿＿＿＿＿
（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: ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号: ＿＿ ― ＿＿ ― ＿＿ 診察の受け方 通院・往診

FAX番号: ＿＿ ― ＿＿ ― ＿＿ ※往診の頻度 ＿＿＿＿＿＿＿＿