

**【愛里病院 訪問リハビリ利用申込書】**

TEL : 03-3888-7721

FAX : 03-3888-7740

申込み日	年	月	日

事業者名	
事業者番号	担当者名
事業所住所	

TEL ( ) FAX ( )

**※ お手数ですが、事業者番号・TEL・FAX番号も必ずご記入下さい。↑**

フリガナ			
利用者名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	M ・ T ・ S	年	月 日 ( 歳)
利用者住所			
連絡先	TEL ( )		
介護保険情報	被保険者番号		保険者 (番号)
	介護予防	要支援1 ・ 要支援2 更新中 ・ 区変中 ・ 申請中	
	要介護度	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) 更新中 ・ 区変中 ・ 申請中	
	認定日	年 月 日	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

フリガナ	
家族氏名及び連絡先	続柄 TEL ( )
家族住所	

利用希望	令和 年 月 日頃 ~ 週 回
	毎週 ( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ) 曜日
	時間 午前 ( 9 : 00 ~ 12 : 00の間 ) ・ 午後 ( 13 : 00 ~ 17 : 00の間 )

希望内容	<input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 日常生活動作(身のまわりの動作)練習 <input type="checkbox"/> 住環境整備等のアドバイス <input type="checkbox"/> その他( )
------	--

かかりつけ医療機関	主治医	
	TEL	( )

病名	
合併症	高血圧 ・ 心疾患 ・ 糖尿病 ・ 呼吸器疾患 ・ その他( )
移動(屋内)	歩行 ・ 車椅子 ( 自立・介助・不可 ) 補助具 : T字杖・四点杖・歩行器・その他
排泄	トイレ ( 自立 ・ 誘導 ・ 介助 ) ・ オムツ ・ その他( )
現況	自宅 ・ 入院している ・ 施設入所中 ・ その他 ( )

**【通所リハ実施にあたっての希望または注意事項】**

お申し込みいただき、誠にありがとうございます。