訪問リハビリテーション申込書

慈善会　安藤病院　行（Fax 0268-27-4327）　　　　　　　　　　　　　事業者番号2010317085

〒386-8543　上田市中央西1-1-20

問い合わせ先（℡ 0268-22-2580）　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | | |
| 事業者番号 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 担当ケアマネ |  | | |
| かかりつけ病院 |  | 医師名 |  |
| 電話番号 |  | 科　目 |  |
| 住所 | 〒 | | |
| 当院外来受診 | 可能・不可能 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 | | | 男性・女性 |
| 利用者氏名 | 様 | | 生年月日 | | | （M/T/S　　　年　　月　　日） |
| 年齢 | | | 歳 |
| 被保険者番号 |  | | | | | |
| 保険者番号 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 主たる診断名 |  | | | | | |
| 経過 |  | | | | | |
| 退院日 | 年　　　月　　　日　（退院後３ヵ月以内の方のみ記入） | | | | | |
| 介護認定 | 申請中・要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５ | | | | | |
| 有効期限 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | |
| 介護者氏名 | 様 | | | 続柄 |  | |
| リハビリ希望 | 本人 | あり・なし・聴取不可 | | 家族 | あり・なし | |
| 希望頻度 | 週２回以上・週１回・その他（ | | | | | |
| 訪問希望日 | 月～金の9：00～17：00で希望時間をご記入ください  第一希望　（　　）曜日　　（　　　）時頃  第二希望　（　　）曜日　　（　　　）時頃  第三希望　（　　）曜日　　（　　　）時頃  ※状況により時間調整をお願いする場合があります。 | | | | | |

　※個人情報の取り扱いについて

　１．ご記入いただいた個人情報は「訪問リハビリテーション」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。

　２．また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩いたしません。

