

介護老人保健施設めぐみ 訪問リハビリ申し込み書

申し込み日	令和 年 月 日										
事業所	事業所番号()										
依頼者名						電話番号					

ふりがな						T・S 年 月 日生まれ(才)				
利用者氏名						男・女	電話番号			
住 所										
ふりがな						続柄	電話番号			
家族氏名							電話番号			
住 所										
介護保険 被保険者証									負担割合	割
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 更新中・区分変更中・新規申請中									
有効期限	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日									
日常生活 自立度	寝たきり度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2								
	認知症の状況	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M								
主病名 現病歴 既往歴										
申し込み 内容	☐ 理学療法士(PT) / 作業療法士(OT) ☐ 言語聴覚士(ST)									
希望日	☐ 月					☐ 木				
	☐ 火					☐ 金				
	☐ 水					☐ 土				
かかりつけ医	医療機関名					電話番号				
	主治医					主科				
備考欄	※希望開始時期など									

* 2枚目もご記入ください。

利用に至った経緯をご記入ください。

現在の生活場面等において不安な点や困難な点をご記入ください。

生活：

介護：

その他：

訪問リハビリへの希望・要望をご記入ください。

利用者：

家族：

※ 保険証類のコピーをお持ちでしたら
一緒にFAXをお願い致します。

介護老人保健施設 めぐみ
TEL 03-5661-3861
FAX 03-3674-7028
訪問リハビリ 事業所番号:1372310589