川口脳神経外科リハビリクリニック　訪問リハビリテーション

申込書

1.　事業所様について

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX 番号	

2.　利用者様について

性別	男　・　女	年齢	歳	同居者	無　・　有（　　）
介護度	要支援（ １ ・ ２ ） 要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）				
既往歴	（現在治療中および過去の治療歴）				

心身の状態

障害高齢者自立度	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
認知症高齢者の生活自立度	□自立　□Ⅰ　Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ⅴ

3.　サービスの内容

希望回数	□40 分/回　・　□60 分/回 □週 1 回　・　□週 2 回　・　□週 3 回	
希望 曜日時間	第1希望（　　）・ 第 2 希望（　　）・ 第 3 希望（　　） 第 4 希望（　　）・ 第 5 希望（　　）・ 第 6 希望（　　） ※わかる範囲でご記入ください ※月曜の 16 時以降、木曜･土曜の 13 時以降、日曜は原則的にお受けできません	
居住地域		※〇〇市〇〇町〇〇　までご記入下さい （郵便番号の範囲まで）
訪問リハビリの利用目的		

4.　その他

連絡･特記事項	

※利用者情報の内容等で当事業所での訪問リハが困難と判断される場合もあります。
※お急ぎの場合はお電話にてお問い合わせ下さい。

FAX 072-835-1515

TEL 070-4338-7916（訪問リハビリ担当）
TEL 072-835-1010（クリニック受付）
TEL 090-3820-2148（リハビリテーション科）

川口脳神経外科・リハビリクリニック
KAWAGUCHI CLINIC

訪問リハビリテーション　担当　平田（ひらた）･壹岐（いき）