

新規申込書 訪問・通所 リハビリテーション

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

当院受診歴	あり・なし (受診予定: あり・なし) ※なしの場合はご利用できません				
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)				
病状	(現在治療中および過去の治療歴) 現病歴: 既往歴:				

3. サービスの内容 訪問・通所 該当する方に丸をつけて下さい

希望回数	頻度 : 週1・週2・週3 / 時間 : 40分・60分
希望日	通所のみ 送迎希望 (有・無) 身体介助 (無・有⇒利用不可) 第1希望 (月・火・水・木・金) ・ 第2希望 (月・火・水・木・金) ・ 第3希望 (月・火・水・木・金) ※月曜の16時以降、土曜は原則的にお受けできません ※デイケアは見学のみ (体験×)
居住地	枚方市・寝屋川市・交野市 _____ 町
サービスの利用目的	

4. 心身の状態

障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V

5. その他

連絡・特記事項	
---------	--

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)



訪問リハビリテーション 担当 平田 (ひらた)・知花 (ちばな)
通所リハビリテーション 担当 加藤 (かとう)・壹岐 (いき)