

# 瀬戸整形外科クリニック

## 訪問リハビリテーション 申込書

令和 年 月 日

フリガナ ご利用者氏名	生年月日：明・大・昭 年 月 日	
	年齢 歳	性別：男性・女性
住 所	〒	電話番号： 携帯番号：
利用希望日時	週 回 希望曜日（月 火 水 木 金 土） 希望時間（午前・午後） 開始希望日（ 月 日頃から） *木・土は午前のみ	
利用目的 及び希望 （ご本人ご家族）		
ご家族 （キーパーソン） 連絡先	フリガナ 氏名：	住所：〒
	続柄：	電話番号： 携帯電話：
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅（一人暮らし・家族と同居 [同居家族： ]） <input type="checkbox"/> 入院中（病院名： ）（病名： ） <input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名： ）	
	移動（一人で行える・道具を使えば行える・手助けがあれば行える・行えない） 排泄（一人で行える・道具を使えば行える・手助けがあれば行える・行えない） 食事（一人で行える・道具を使えば行える・手助けがあれば行える・行えない） 更衣（一人で行える・道具を使えば行える・手助けがあれば行える・行えない） 入浴（一人で行える・道具を使えば行える・手助けがあれば行える・行えない）	
かかりつけ 医療機関	医療機関名：（ 科） 主治医： 先生	
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 申請中（申請日：令和 年 月 日）	
	保険者番号：	被保険者番号：
	認定日：令和 年 月 日	有効期間： 年 月 日～ 年 月 日
	負担割合： 1・2・3 割	公費受給： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
在宅介護 支援事業所	事業所名：	事業所番号：
	住所：〒	
	担当者名：	電話番号： FAX番号：
備考		

お問い合わせ先 TEL：0836-83-2292

FAX：0836-83-7038

担当 徳永