

神戸長者町白寿苑 訪問リハビリテーション 利用申込受付表

申込日: 年 月 日

FAX: 078-646-9893

利用者氏名	(ふりがな) 様(男・女)	
生年月日	T・S 年 月 日	(歳)
住 所	〒 - (請求書先:)	
キーパーソン	氏名: 続柄: 住所: 〒	
連絡先 (緊急時含む)	①自宅: 続柄: ②携帯: 続柄:	
介護度	申請中 支援 1・2 介護 1・2・3・4・5 介護保険証の有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日	
負担割合	1割 ・ 2割	
主な疾患名	身体障害者手帳: 級 特定疾患受給者証: 級	
直近3ヵ月以内の 入院(入所)歴	無・有 退院(退所)日: 年 月 日 医療機関(施設)名:	
主治医	医療機関名: 医師氏名: 医師 診療科: 受診頻度: 回 / 月 (外来受診 ・ 往診) <input type="checkbox"/> 3ヵ月毎に、主治医より診療情報提供書をいただくことが可能	
本人の希望		
家族の希望		
駐車場情報 (軽自動車1台分)	<input type="checkbox"/> 敷地内あり <input type="checkbox"/> 契約駐車場あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 近隣にコインパーキングあり <input type="checkbox"/> その他()	
ケアマネジャーから みた必要なリハビリ	<input type="checkbox"/> 心身機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> 動作能力の維持・向上 <input type="checkbox"/> 介護予防 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> その他()	
訪問希望 曜日・時間	<input type="checkbox"/> 月・火・水・木・金 (週1回・週2回)(午前・午後) <input type="checkbox"/> 特になし(いつでも可)	他サービス利用状況
居宅介護支援事業所	事業所名	ご担当者
	TEL:	FAX:

※内容を確認させていただき、改めて担当者からご連絡させていただきます。ご記入いただいた個人情報
は「訪問リハビリテーション」および、それらに係る「連絡事項」の目的以外に使用致しません。

長者町記入箇所: 初回面談日: 年 月 日 :
初回利用日: 年 月 日 : 2024年4月作成