

# 埼玉東部診療所 訪問リハビリテーション依頼申込書

| ご依頼者様の情報 |   |     |  |
|----------|---|-----|--|
| 依頼年月日    | 令和                      年                      月                      日 |     |  |
| ふりがな     |   |     |  |
| 氏名       |   | 所属  |  |
| 連絡先      | 電話  | FAX |  |

| ご利用者様の情報  |  |    |        |
|-----------|--|----|--------|
| ふりがな      |  |    |        |
| 氏名        |  | 性別 | 男 ・ 女  |
| 生年月日      | 明治 ・ 大正 ・ 昭和                      年                      月                      日 (                      歳 ) |    |        |
| 住所        |  |    | 駐車スペース |
|           |  |    | 有 ・ 無  |
| 連絡先       | 自宅   | 携帯 |        |
| 主診断名      |  |    |        |
| かかりつけ医療機関 |  |    |        |
| 診療情報提供書   | 有 ・ 無 ( 利用開始には、主治医から当院医師宛の診療情報提供書が必要です。ご用意が無い場合は、当院様式にて主治医へご依頼ください。 )  |    |        |
| 介護保険情報    | 要支援 1 ・ 2    要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5    申請中  |    |        |
| 利用区分      | 介護保険 ・ 医療保険 ・ 生活保護 ・ 自費  |    |        |

| ご希望の曜日や時間をご記載ください。 希望回数 ( 週 1 ・ 2 ・ 3 回 ) |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
|   | 月 | 火 | 木 | 金 | 土 |
| 午前  |   |   |   |   |   |
| 午後  |   |   |   |   |   |

円滑な介入のため、ご本人・ご家族の状況が分かる資料の添付をお願いいたします。  
 ご不明な点がありましたら、岩崎までお問い合わせください。

電話 : 048-720-8715

FAX : 048-720-8716