

# 京都病院 訪問リハビリテーション 申込書

申込日: 年 月 日

フリガナ			
ご利用者様氏名:		様 性別(男・女)	
介護保険証 認定情報	要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5) ・ 申請中		
	(有効期間):	年 月 日 ~ 年 月 日	
	被保険者番号:	<input type="text"/>	保険者番号: <input type="text"/>
	届出年月日:	年 月 日	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/>	有(種 級)	<input type="checkbox"/> 無
生活保護	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/> 無
かかりつけの医療機関について			
かかりつけの医療機関: _____			
かかりつけ医: _____ 科 _____ 医師(受診 / 訪問診療)			
医師の氏名はフルネームをお願いします。			
TEL: _____			
※かかりつけ医に、当院の訪問リハを利用する旨の連絡がお済みでない場合は、早めにご連絡をお願い致します。			
ご利用者様の希望をご記入下さい。		ご家族様の希望をご記入下さい。	
ケアマネージャーからみた訪問リハのニーズ・要望をご記入下さい。			
当訪問リハの希望曜日・時間をご記入下さい。			
月 火 水 木 金 時間 AM : ~ (1・2・3 単位)			
令和 年 月 日 ( ) ~ 希望回数 ( 回/週)			
ご利用されているサービスをご記入下さい。			
<input type="checkbox"/>	ショートステイ	<input type="checkbox"/>	デイサービス(ケア)
<input type="checkbox"/>	入浴サービス	<input type="checkbox"/>	訪問看護
<input type="checkbox"/>	配食サービス	<input type="checkbox"/>	日常生活用具の給付
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	ヘルパー
<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	療養型病院	<input type="checkbox"/>	グループホーム
<input type="checkbox"/>	その他		
生活状況			駐車場 有 無 路駐 ★有料の場合は自費となります
依頼元の事業者名:		事業所番号:	
〒 _____		_____	
住所:			
介護支援専門員氏名: _____			
TEL _____			
FAX _____			

医療法人博愛会 京都病院

事業所番号: 4017319023

〒824-0811 福岡県京都郡みやこ町勝山箕田298

TEL 0930-32-2711(代) FAX 0930-32-2712

※申込書のご返送は、郵送またはFAXにてお願い致します。