

# 訪問リハビリテーション利用申し込み書(ケアマネジャー・サービス調整担当者用)

(公立神崎総合病院 リハビリテーション技術科 FAX 0790-32-2417)

氏名	ふりがな			生年月日
				明・大・昭 年 月 日
現住所	〒 -			TEL ( )
緊急時連絡先	ふりがな		続柄 ( )	TEL ( )
	〒 -			
家族構成(氏名)		年齢	続柄	診断名
病歴				
介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			申請中 申請日: 月 日
有効認定期間	年 月 ~ 年 月			
かかりつけ病院・医院			医師名	
生活状況	移動:(独歩・杖歩行・歩行器・車椅子・その他) トイレ:(自立・介助)入浴:(自立・介助) 食事(自立・介助)			
利用希望日程				
訪問リハの目標など				
担当ケアマネジャー		居宅介護支援事業所		
電話		FAX		
・訪問リハ利用について、こちらからご連絡さしあげます。 ご都合の良い時間帯があればご記入ください。				

(令和7年12月)