

# 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 ( )
	〒 -		携帯 ( )	
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）