

# 訪問リハビリテーション 利用申込書 (介護支援専門員用)

**【利用申込者】**

事業者名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_ FAX番号 \_\_\_\_\_

訪問リハビリテーションを利用したいので、下記の通り申し込みます。

**【利用者情報】**

ふりがな  
 利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様      年齢 \_\_\_\_\_      性別 男・女 \_\_\_\_\_

自宅  
 電話番号 \_\_\_\_\_      利用者との続柄 \_\_\_\_\_  
 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

現在の状況  入院中 : 退院予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日       ご自宅

**【現在ご利用中、これからご利用予定のサービス内容】**

介護度:      申請中

サービス名	サービス事業者名	利用頻度及び曜日
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴		
福祉用具		
通所リハビリテーション		
通所介護		
短期入所生活介護		
短期入所療養介護		
その他のサービス		

東大和ホームケアクリニック 東大和訪問リハビリステーション

電話 042-562-5738 / FAX 042-567-8334

東大和訪問看護ステーション

電話 042-567-4134 / FAX 042-567-8306

----- 事業所使用欄 -----

利用者ID \_\_\_\_\_  
 カンファ・サ担日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ )  
 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~

指示日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 初回訪問日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ )  
 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~

事業所番号のお知らせFAX