

## ふれあい生協病院 訪問リハビリ 利用申込書

記入日		担当者	
居宅介護支援事業所・地域包括支援センター名			
住所			
電話		FAX	

<基本情報> ※分かる範囲で記入をお願い致します。

フリガナ				性別	男性 / 女性				
氏名				生年月日	年	月	日生		
住所									
連絡先電話	自宅				携帯				
介護保険情報	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2
	負担割合	1割		2割		3割		認定に関して	
	被保険者番号								
	有効期限	年		月	日	～	年	月	日
緊急連絡先 (主介護者を①に)	①氏名	様		続柄:	②氏名	様		続柄:	
	電話								
かかりつけ医療機関 (主治医意見書記載医療機関を①に)	① (医師名)			② (医師名)					
利用中のサービス (曜日・頻度)									

<現在の状況> ※わかる範囲で記入をお願いします。

療養環境	自宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中 ・ その他				
	入院先医療機関名・施設名				
	退院予定(日)・退所予定(日)	年	月	日	
主疾患	既往歴				
医療ケア (吸引、胃ろう、ストマ等)					
利用目的・希望					
利用希望日	月	火	水	木	金
移動方法	独歩 ・ 1本杖 ・ 4点杖 ・ 両手杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他				

ふれあい生協病院 TEL:0570-00-4771(代表)

TEL:048-296-5759(直通) FAX:048-296-5759(直通)

〒333-0831 埼玉県川口市木曾呂1302-1番地 事業所番号:1110210419