

利用 見学 申込書

申込日	平成 年 月 日	貴事業所 番号	
貴事業所名		御担当者様	
TEL		FAX	
フリガナ 氏名	() 様	生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日()才 男・女
住所	〒 電話 () キーパーソン () 連絡先 ()		
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中・区変中 認定の有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日	負担 割合	1割 2割 生保 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主治医	医療機関名： () 科) 先生		
疾病・既往歴			
入院中の方	() 病院) 入院加療中 (月 日) 退院予定 退院前カンファレンス予定 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 : ~開催) <input type="checkbox"/> 無 参加希望 有・無		
見学希望日時	月 日 : ~ : (備考：)		
利用頻度	1週間 回 ※週2回行うことで効果を上げることができます <input type="checkbox"/> 訪問リハビリと併用		
【解決したい生活課題の内容・留意点】	利用中のサービス		
		午前	午後
	月		
	火		
	水		
	木		
	金		
土			

※原則、リハビリテーションマネジメント加算（I）に基づき定期的にアセスメントを実施させていただきます。



医療法人社団雪嶺会東京リハビリ整形外科クリニック おおた

通所リハビリテーション

〒144-0052 東京都大田区蒲田1-9-11

TEL:03-6424-7602 FAX:03-6424-7609

担当；梶川（かじかわ） ミツ木（みつぎ）