

利用申込書

申込日	平成 年 月 日		担当者様		
事業所名			事業所番号		
TEL			FAX		
刀がナ氏名	() 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	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。

事業所記入欄	<input type="checkbox"/> 介護予防リハマネ <input type="checkbox"/> リハマネ（Ⅰ） <input type="checkbox"/> リハマネ（Ⅱ） <input type="checkbox"/> リハマネ（Ⅲ） <input type="checkbox"/> リハマネ（Ⅳ） <input type="checkbox"/> 短期集中個別リハ <input type="checkbox"/> 非送迎減算 <input type="checkbox"/> 提供体制加算
--------	--



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

事業所番号：1315621941

〒144-0052 東京都大田区蒲田1-9-11

TEL:03-6424-7602 FAX:03-6424-7609 携帯 080-4297-2442 (担当；みつぎ)