

訪問リハビリテーション 利用申込受付票

(新規利用・再開利用・変更依頼)

令和 年 月 日

受付日付	令和 年 月 日	受付者氏名	
御依頼 事業者様	TEL: FAX:	御担当 ケアマネ様	
利用者様 氏名	(フリガナ) 男 女	利用者様 住所	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	電話番号	
ご家族様 氏名	同居・別居 続柄 ()	ご家族様 連絡先	TEL : 緊急時 :
介護度	要支援 1・2・認定中 要介護 1・2・3・4・5 自立度障害 : 自立度認知症 :	主治医	病院・クリニック 医師 TEL: FAX:
疾患名 他注意事項	退院日 (令和 年 月 日)		
ADL	移動手段 : 独歩・杖・伝い歩き・手押し車・車いす・移動不可 その他 []		
意思疎通			
希望 利用日	月・火・水・木・金・土 週に何回希望 () 回	希望 利用時間	1 単位・(2 0 分) 2 単位・(4 0 分)
リハビリの 意向	御本人様 : 御家族様 :		
希望の リハビリ	技師と相談希望 (相談内容 :) 関節拘縮予防・可動域拡大・筋力強化・環境設定工夫・ADL 向上・QOL 向上		
備考 他サービス内容等			

※訪問リハビリテーションは、原則通所リハビリテーションもしくは医療リハビリとの併用はできません。

返答日	令和 年 月 日	返答者氏名	
利用日	月・火・水・木・金・土	訪問時間	

(19.05.01)