

訪問リハビリ利用相談・利用申し込み書

※利用者情報については、個人情報へご配慮の下、可能な範囲でご記入ください

相談日： 年 月 日

相談者	
事業所名	電話番号
氏名	FAX

利用者情報

フリガナ	
氏名	男 ・ 女
生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)	
住所 〒	
電話番号	携帯電話 ()

キーパーソン

氏名 (続柄)	
住所	
電話番号	携帯番号

保健情報

医療保険 公費関連：生保・難病・マル障・その他 ()
介護保険 未申請・申請中・認定調査済み 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

現在の生活・家屋状況等

<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 一戸建て
<input type="checkbox"/> 家族と同居 (続柄)	<input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) EV (有・無)
<input type="checkbox"/> 施設入所 (施設名)	
<input type="checkbox"/> 入院中 (医療機関)	(退院予定日 月 日頃)

傷病名 (病歴・入院歴・手術歴・認知機能・身体機能・高次脳機能障害等)

--

基本動作・ADL・IADL等

屋内移動
屋外移動

利用目的 (生活上の課題や困り事等)

希望療法士： PT ・ OT ・ ST

かかりつけ医

医療機関	診療科
担当医	

現在利用サービス状況・訪問リハビリ希望日程

月	火	水	木	金	土

蒲田リハビリテーション病院
訪問担当宛て
fax：03-5767-7107