

金沢整形外科クリニック 訪問リハビリテーションあすた 申込書

申込日： 年 月 日

利用者 情報	フリガナ 氏名：	男 ・ 女	生年月日：	年	月	日
	現住所：〒				電話番号：	
	駐車場：有・無					
現在： 自宅 ・ 入院中(入所中)→【退院・退所日： 年 月 日】						

保険情報	介護保険：申請中 ・ 要支援(1 2) ・ 要介護(1 2 3 4 5)					
	介護保険負担割合： 1割負担 ・ 2割負担 ・ 3割負担					
	特定疾患医療受給者証： 有 ・ 無		生活保護： 有・無		その他：	

かかりつけ 情報	医療機関名：					
	科		医師		(受診 ・ 訪問診療)	
	医療機関住所：〒				電話番号：	

サービス 内容	利用者希望：					
	ご家族希望：					
	ケアマネージャーからみた訪問リハビリへの希望：					

依頼元 情報	介護支援事業所名：					
	住所：					
	TEL：					
	FAX：					
	介護支援専門員氏名：					

その他・特記事項：						
-----------	--	--	--	--	--	--

医療法人 金沢整形外科クリニック 訪問リハビリテーションあすた

〒520-3016 滋賀県栗東市小野881
 TEL:070-1265-7656 FAX:077-552-0028
 事業所番号:2511200756