

訪問リハビリテーション利用申込書

申込日 年 月 日

※印は必ずご記入ください

利用者名※	フリガナ	生年月日 明治・大正・昭和	
		様 (男・女)	年 月 日 (歳)
利用者住所※	〒	—	TEL ()
緊急時連絡先 ①※	フリガナ	続柄	TEL ()
		様	携帯 ()
緊急時連絡先 ②※	フリガナ	続柄	TEL ()
		様	携帯 ()
介護保険情報 ※	被保険者 番号	保険者	(番号)
	介護予防	要支援 (1 ・ 2)	更新中 ・ 区変中 ・ 申請中
	要介護度	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	更新中 ・ 区変中 ・ 申請中
	認定日	年 月 日	
介護保険 負担割合証 ※	利用者 負担の 割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	
	適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
介護保険 利用状況 ※	担当ケアマネージャー名	()	サービス利用 有 ・ 無
	居宅介護支援事業所名	()	
	TEL	()	
	FAX	()	

かかりつけ 病院 ※	医師名	TEL ()
生活状況	移動	独歩 ・ 杖歩行 ・ 押し車 ・ 車いす ・ その他
	トイレ	自立 ・ 介助
	入浴	自立 ・ 介助
	食事	自立 ・ 介助
日程利用希望	午前 ・ 午後 ・ どちらでも	
	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ いつでも	

【訪問リハ実施にあたっての希望または注意事項】

お申し込みいただき、誠にありがとうございます。

友仁病院 訪問リハビリテーション 相談窓口：石原・鈴木
〒136-0071 江東区亀戸2-41-1
Tel: 03-3683-5661 Fax:03-3637-6018