

## 訪問リハビリテーション利用申込書（1 / 2）

申込年月日：令和 年 月 日

|            |      |   |        |      |             |
|------------|------|---|--------|------|-------------|
| 利用者情報      | フリガナ |   | 男<br>女 | 生年月日 | 明・大・昭・平     |
|            | 氏名   | 様   |        |      |             |
|            | 現住所  | 〒   |        |      | 電話番号<br>( ) |
|            | 現住所在 | 1. 自宅 2. 医療機関または介護施設 (○をつけて下さい)<br>(2の時の名称: )   |        |      |             |
| 介護保険       |      | 被保険者番号 : 認定日 : 平成 年 月 日<br>要支援 ( 1 2 ) / 要介護 ( 1 2 3 4 5 )<br>有効期限 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 |        |      |             |
| 特定疾患医療受給者証 |      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合自己負担限度額: 円)  |        |      |             |
| その他公費負担の利用 |      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合制度の種類: )   |        |      |             |
| 緊急連絡先      | ①氏名  | 氏   | 続柄     |      | 電話番号<br>( ) |
|            | ②氏名  | 氏   | 続柄     |      | 電話番号<br>( ) |
|            | ③氏名  | 氏   | 続柄     |      | 電話番号<br>( ) |

|  |                        |
|--|------------------------|
| かかりつけの医療機関名 (月1回程度、往診もしくは受診されている医療機関名をご記入ください) |                        |
| かかりつけの診療科目名 (複数記入可)                            | 主治医 (医師名はフルネームでお願いします) |
| 医療機関住所   | 〒 TEL ( )              |

|              |   |
|--------------|---|
| 主病名          |   |
| 最終入院歴        | 最終入院日: 平成・令和 年 月 日 / 最終退院日: 平成・令和 年 月 日   |
| 障害高齢者自立度     | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| 認知症高齢者ADL自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |

事業所番号 2510601954 医療法人 芙蓉会 南草津病院

