

## 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・女	生年月日	明・大・昭・平・令
	氏名	様			年 月 日
	現住所	〒			電話番号 ( )
	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） （2の時の名称： )			
介護保険		被保険者番号： 認定日：平成・令和 年 月 日 要支援（ 1 2 ） / 要介護（ 1 2 3 4 5 ） 有効期限：平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3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 ( )
	②氏名	氏	続柄		電話番号 ( )
	③氏名	氏	続柄		電話番号 ( )

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"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2
認知症高齢者ADL自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <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

