**ＦＡＸ：0557-81-7553（連携室直通）**

**国際医療福祉大学熱海病院　訪問リハビリテーション申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患　者　様　情　報** | | | |
| ﾌ　ﾘ　ｶ　ﾞﾅ  氏　　名 | 男  　　　女 | 生年  月日 | 大正・　昭和・　平成・　令和  　　　　年　　　月　　　日(　　歳) |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | 受診歴 | □有　　　□無　　　□不明 |

|  |  |
| --- | --- |
| 認定情報 | 介護区分：要支援（　１　・　２　）  　　　　　要介護（　１　・　２　・　３　・　４　・　５　）　・　申請中  有効期間：　　　　　年　　　　月　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用中  サービス  ※予定含む |  | 月 | 火 | 水 | | 木 | 金 | 土 |
| 午前 |  |  |  | |  |  |  |
| 午後 |  |  |  | |  |  |  |
| 依頼内容  (要望等) | 希望頻度：週　　　　　回 | | | | | | | |
| □コミュニケーション（会話・認知症など）　□立つ・起き上がる・歩く  □トイレ・入浴・着替え・食事　□飲み込み（ムセがある場合）　□外出  □社会参加・余暇活動　□復職　□その他 | | | | | | | |
| 主治医 | ※訪問リハビリテーション指示書を発行していただく病院名・医師名をご記入ください  病院名：　当院　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  電話番号：（当院の場合記入不要）  診療科：　　　　　　　　　　　　　医師名： | | | | | | | |
| 最終受診日：　　　　　月　　　　　日 | | | | 次回受診日：　　　　　月　　　　　日 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ケアマネージャー情報** | | | |
| 事業所 |  | | |
| ご担当者 |  | ＴＥＬ |  |

〒413-0012　静岡県熱海市東海岸町13-1　TEL：0557-81-7551（地域医療連携室直通）