



F A X : 0557-81-7553 (連携室直通)

申込日 年 月 日

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							
フリカゝ 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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						
	<input type="checkbox"/> コミュニケーション (会話・認知症など) <input type="checkbox"/> 立つ・起き上がる・歩く <input type="checkbox"/> トイレ・入浴・着替え・食事 <input type="checkbox"/> 飲み込み (ムセがある場合) <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 社会参加・余暇活動 <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 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： 年 月 日			次回受診日： 年 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)



国際医療福祉大学熱海病院

I U H W A T A M I H O S P I T A L