

# 利用 申し込み書

伊豆慶友病院 通所 / 訪問リハビリテーション 宛

年 月 日

居宅介護支援事業所： \_\_\_\_\_

担当者： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

## サービス予約の申し込みについて

下記のとおり通所/訪問リハビリテーションサービスを予約したいので、受け入れの可否について折り返しこの文章のまま FAX にて返答ください。

### 利用者情報

ご利用者名：	生年月日：	年齢：	性別： 男 女
住所：	TEL：	駐車場の有無：(有・無)	
入院歴 (過去半年以内)：	年 月 日～	年 月 日	(病院名： _____)
傷病名：			
主治医： _____ 主治医へのリハビリテーションの相談 (済・未)			
要介護度：	(有効期限 年 月 日～ 年 月 日)	負担割合：1割・2割・3割	
ADL の状況：【◎自立 ○見守り △一部介助 ×全介助】 歩行 ( 独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子： _____ ) 移乗 ( ) 排泄 ( ) 着替え ( ) 食事 ( ) 入浴 ( ) 整容 ( ) その他 ( _____ )			
現在利用している介護保険サービス (曜日、時間帯)		※注 現在または今後、他施設等でリハビリを並行して利用される場合は、当事業所のリハビリの利用をご遠慮いただく場合があります。	

### サービス予約

サービスの種類 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ 3時間以上4時間未満 / 7時間以上8時間未満 (送迎 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
・希望開始時期 年 月 日～
・リハビリテーション提供希望日時・利用回数 曜日： <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 利用回数： _____ 回/週 入浴希望 (基本的には7-8時間利用者) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
・リハビリテーション依頼の具体的な目標 (例：歩いて外出できるようになる・自宅で入浴できるようになる 等..)
・その他

上記予約申し込みに対して下記のとおり回答します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

1. 以下の内容で対応可能です。検討の上ご連絡ください。

受付者 \_\_\_\_\_

TEL：0558-85-1701

FAX：0558-85-1801

2. 申し訳ありませんが、お申し込みいただいたサービスは現在のスケジュール上対応できません。

通所訪問枠が空き次第、当院よりご連絡させていただきます。予約をキャンセルされる際はご連絡ください。