訪問リハビリテーション利用申込書（１／２）

申込年月日：平成　　年　　月　　日

利用者情報	フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭・平 年　　月　　日
	氏　名	様			
	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　　年　　月　　日 要支援（　１　２　）　／　要介護（　１　２　３　４　５　） 有効期限　：　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 □　１割負担　　□　２割負担　　□　３割負担			
特定疾患医療受給者証		□　有　□　無　（有の場合自己負担限度額：　　円）			
その他公費負担の利用		□　有　□　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　　年　　月　　日／最終退院日：平成　　年　　月　　日
障害高齢者自立度	□自立　□Ｊ１　□Ｊ２　□Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１　□Ｂ２　□Ｃ１　□Ｃ２
認知症高齢者ＡＤＬ自立度	□自立　□Ⅰ　□Ⅱａ　□Ⅱｂ　□Ⅲａ　□Ⅲｂ　□Ⅳ　□Ｍ

事業所番号　2510601954　医療法人　芙蓉会　南草津病院

訪問リハビリテーション申込書（２／２）

利用者氏名（　　様）

介護支援専門員（ケアマネ）	介護支援事業所名	TEL （　　）
	介護支援専門員氏名	FAX （　　）
ご要望がございましたらご記入ください		
その他・特記事項		

現在ご利用中のサービスについてお伺いします

現在利用中のサービス	サービス事業者名	利用頻度および曜日
訪問介護		月　火　水　木　金　土　日
訪問看護		月　火　水　木　金　土　日
訪問入浴介護		月　火　水　木　金　土　日
通所リハビリ		月　火　水　木　金　土　日
通所介護		月　火　水　木　金　土　日
短期入所生活介護		
短期入所療養介護		
その他		

個人情報の取り扱いについて

１．ご記入いただいた個人情報は「訪問リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用しません。

２．また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩しません。

医療法人　芙蓉会　南草津病院　訪問リハビリテーション

〒525-0059　　滋賀県草津市野路5丁目2-39

TEL　077-562-2239　FAX　077-562-2253

事業所番号　2510601954