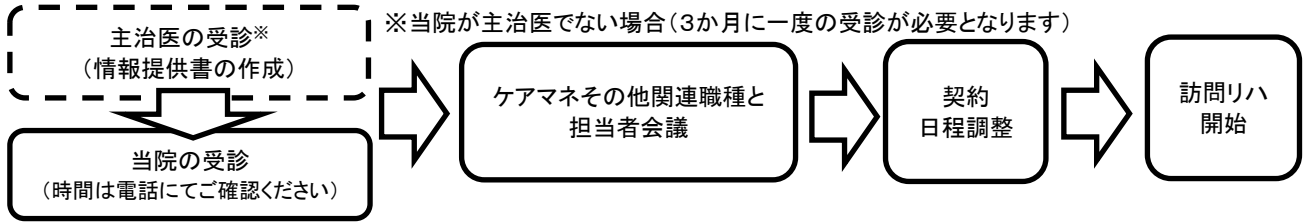


【中島クリニック 訪問リハ申込書】



中島クリニック			
FAX 03-6915-4701 (TEL: 03-6915-4700)			
居宅コード	1311731645	医療機関コード	1731645

ご不明な点は未記入で構いません。お気軽にご依頼ください。

CM事業所名	TEL
担当CM氏名	FAX

フリガナ		性別	家族構成				
利用者氏名		男・女					
生年月日	T / S / H 年 月 日						
住所							
TEL							
キーパーソン氏名		ご関係					
TEL							
介護保険	要支援: 1 2		要介護: 1 2 3 4 5				
	有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日						
情報提供書 依頼先	病院名:	TEL:					
	主治医:	FAX:					
病名および症状							
リハビリへの ご希望	<input type="checkbox"/> 日常生活能力改善	<input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能改善					
	<input type="checkbox"/> 歩行・移動能力の改善	<input type="checkbox"/> 疼痛の緩和					
	<input type="checkbox"/> 呼吸機能改善	<input type="checkbox"/> 日常生活・家族への介護指導					
	<input type="checkbox"/> 嚥下機能改善	<input type="checkbox"/> 福祉用具の選定・環境整備					
	その他:						
ご希望の 曜日・時間帯	訪問可能な時間帯に○をご記入ください。ご希望の時間などの詳細は備考欄をご利用ください。						
	訪問日	月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						
備考							