

# 予約申し込み 回答用紙

伊勢老健ひかり 通所リハビリテーション 宛

令和 年 月 日

FAX (0596) 27-5016

居宅介護支援事業所名： \_\_\_\_\_

担当介護支援専門員： \_\_\_\_\_

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

ふりがな ご氏名：	生年月日：	性別： 男 女	年齢：
住所：	TEL：	駐車場の有無：(有・無)	
入院歴：	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： ) 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 (日時、サービス内容等)		必要な医療行為 (例：服薬管理・褥瘡処置など)	

### サービス予約

サービスの内容	送迎希望の有無 → <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ⇒乗降介助量や車椅子の有無：
・希望開始時期	令和 年 月 日～
・リハビリテーション提供希望日時に○をつけてください →	月 火 水 木 金 土 (週 回希望)
・入浴の希望	( <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 特別浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 (大浴場))
・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・移乗ができるようになる・・・など)	
・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。

令和 年 月 日

受付者氏名 \_\_\_\_\_

1. 下記の通りであれば対応可能ですので、検討の上ご連絡ください。

TEL 0596-27-5015 FAX 0596-27-5016

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。