

予約申し込み 回答用紙

伊勢老健ひかり 訪問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
・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) ※訪問リハビリテーション提供時間 9:00～17:00まで
・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。