

## 訪問リハビリ申込み手順

### 《ご利用希望の方へ》

1. 訪問リハビリをご希望の方は『訪問リハビリ申込書』に必要事項をご記入いただき、担当のケアマネージャーに渡してください。
2. ご記入いただいた申込書を当院スタッフ間で確認・検討し、担当者よりご連絡をさせていただきます。
3. 受診日・契約日・利用開始日の調整を行います。  
※利用開始前に当院受診とその後3ヶ月毎の定期受診が必要となります。  
やむを得ず通院が困難な場合は相談させていただきます。
4. ご自宅に伺い、契約をさせていただきます。
5. 利用開始日より訪問リハビリサービス開始となります。

### 訪問リハビリの目安

週1～2回程度 1回40分間 となります。

---

### 《担当ケアマネージャーの方へ》

『訪問リハビリ申込書』の点線以下、ケアマネ記入欄に必要事項をご記入いただき、きくち整形外科宛へ FAX（042-440-3201）をお願い致します。

# きくち整形外科 訪問リハビリ申込書

申込日：平成 年 月 日

フリガナ		男女	生年月日	明・大・昭・平
利用者氏名				年 月 日
現住所	〒			
電話番号	自宅 (        )	緊急連絡先 (        )	氏名 続柄	

認定情報	介護区分：要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５） ・ 申請中 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日
------	--

利用中のサービス		月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						

◎：訪問看護      ○：訪問介護      □：訪問入浴  
 △：デイサービス      ◇：デイケア

現在の問題点 ・ 課題

【ケアマネージャー記入欄】

事業所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

ケアマネ氏名 \_\_\_\_\_

事業所番号 \_\_\_\_\_

ご希望等ありましたらご記入ください

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致しません。

事業所番号 1314224184    医療法人社団 晃啓会 きくち整形外科

FAX：042-440-3201