

# 訪問リハビリ申込書

申込日 令和 年 月 日

ハートケア流山 訪問リハビリ 宛

事業者名 \_\_\_\_\_ ケアマネジャー氏名 \_\_\_\_\_  
事業所番号 \_\_\_\_\_  
事業所住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

ハートケア流山 訪問リハビリテーションを利用希望有り、下記の通り申し込みます。

御利用者氏名	M・T・S 年 月 日( 歳)					
住所	〒 _____ 電話番号 ( _____ )					
介護度	要支援( 1 2 )・要介護( 1 2 3 4 5 )・申請中					
退院日	年 月 日					
家族構成(構成図)	緊急連絡先					
	氏名	続柄	住所			
かかりつけ医療機関	病院名 _____	主治医 _____				
訪問リハビリ以外に利用しているサービス(曜日、時間帯など)表に利用しているサービスのマークを記入してください。						
	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
○:デイサービス ◎:デイケア △:訪問看護 □:訪問介護 ×:訪問マッサージ その他、希望の曜日、時間帯がありましたらご記入下さい。						

# 施設利用時 情報提供書

介護老人保健施設 ハートケア流山

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日		
氏名		<input type="checkbox"/> 女	年	月 日	
現住所	電話				
病名・発症日	現在までの経緯				
処方内容 ※薬情の添付でも構いません					
身長	cm	体重	kg	血圧 / mmHg	脈拍 / 分
リハビリ・介護サービス実施における禁忌・注意事項					
<input type="checkbox"/> 高血圧(	mmHg以上	mmHg未満)	<input type="checkbox"/> 血糖(	高・低	mg/dL )
<input type="checkbox"/> 不整脈(			<input type="checkbox"/> ペースメーカー		
<input type="checkbox"/> 心疾患(疾患名:			<input type="checkbox"/> その他(		
伝染病性疾患	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		
有の場合					
<input type="checkbox"/> HBS抗原	<input type="checkbox"/> HCV抗体	<input type="checkbox"/> 梅毒	<input type="checkbox"/> 疥癬	<input type="checkbox"/> その他伝染疾患名( )	

以上、上記の通り診断致します。

年 月 日

所在地

TEL

医療機関名

医師名

印

※入院・入所中の方は、看護サマリーの提出が必要となります。  
※介護老人保健施設利用判定の為、参考資料といたします。尚、個人情報として、厳重に保管します。  
※こちらの書式で通所リハ・訪問リハのサービスに対応しております。

改訂:令和5年9月25日