

訪問リハビリ 相談・依頼

日付	H		年		月		日	訪問 (PT OT ST)
依頼者	事業所							
	担当者							
	連絡先							
利用者住所	(我孫子市 ・ 柏市)			町名				
性別	(男性 ・ 女性)			状況	(入院中 ・ 退院退所直後 ・ 在宅)			
名前				生年月日	年	月	日	(歳)
介護認定	(あり ・ なし ・ 申請中)			支援	1	2	介護	1 2 3 4 5
リハ状況	通所リハビリテーション		(利用していない ・ 利用中 ・ 終了予定)					
	外来リハビリ		(利用していない ・ 利用中 ・ 終了予定)					
利用状況	訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問入浴 ・ 通所介護 ・ ショートステイ							
	在宅患者訪問指導 ・ その他()							
特定疾患	(有 ・ 無 ・ 申請中)							
主治医				先生	() 病院 ・ 医院 ・ クリニック			
診療情報	(提供書あり ・ 書式あり ・ 書式なし)							
訪問希望日	希望	(月曜 ・ 火曜 ・ 水曜 ・ 木曜 ・ 金曜 ・ 土曜)						
	時間	(午前 ・ 午後 ・ いつでもいい : 時頃~)						
担当希望	(男性 ・ 女性 ・ 希望なし)							
疾患								
目的								
要望等								
開始時期	(早急 ・ 検討中 ・ 来月から ・ 退院してから ・ いつでも)							

ご依頼・ご相談ありがとうございます。ご依頼内容を可能な限りご記入の上FAXお願い致します。
できる限り早急に対応させて頂けるよう努力致します。

我孫子つくし野病院 リハビリテーション科
電話 04-7184-2211 FAX 04-7182-0297
電話 090-3335-3110(直通)

受付 (原田 ・ 佐野 ・ 齊藤 ・ 荒川 ・ 来栖 ・ 松沢 ・ 小室 ・ 阿部 ・ 古野 ・ 岩崎)