

# 訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション開始についての相談

ご希望のリハビリ： 身体 ・ 言語

ご相談日： 年 月 日

相談元機関(事業所名をご記入ください)

担当ケアマネジャー様

電話番号

FAX番号

様

利用者様 氏名		男・ 女	生年月日	明 大 昭	年 月 日	(満 歳)
住所	TEL:					
介護認定	要支援 ( 1 ・ 2 )	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
障害者手帳	無 ・ 有 ( 種 級) 障害名:		認定日	平成 年 月 日		
特定疾患医療受給者証	無 ・ 有 (一部自己負担: なし ・ あり)		負担割合	1割	2割	
保険	後期高齢者医療	国保	社保	生活保護	その他 ( )	
家族構成			連絡先	氏名	続柄	
				電話番号		
				氏名	続柄	
				電話番号		

傷病・疾患名(生活機能低下の原因と考えられる事)	目標とする生活と、それに向けての課題

かかりつけ 医療機関	(主治医: )	電話番号	そ の 他 病 歴	病名	時期
		電話番号			
	(主治医: )	電話番号			

生活情報(生活歴・家族状況・生活環境において特記すべき事項)

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)および生活機能の変化

他サービス利用状況	ご利用希望回数・曜日・時間
	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 週 回 AM ・ PM 指定はない

お申し込みありがとうございました。まだご利用は確定しておりません。改めてご連絡させていただきます。  
介護老人保健施設ハートケア横浜 訪問リハビリテーション  
電話 045-440-0722 FAX 045-440-0723