

訪問リハビリテーション新規依頼書

※差支えなければ、介護保険証、基本情報のコピーを添えて下さい。

依頼日	2018年 2月 5日	
依頼者	事業所名	居宅介護支援センターたろう
	電話番号	0475-22-3333
	氏名	茂原 太郎
利用者名・性別	茂原 花子 様 (男・ 女)	
生年月日・年齢	1949年 4月 20日 70歳	
住所	茂原市茂原111-222	
電話番号	0475-22-3333	
要介護度	要支援 ・要介護 1・ 2 ・3・4・5 申請中 (初申請・再申請)	
	1割	
公費負担の有無	特定医療費受給者証(難病)	あり・ なし
	重度心身障害者医療費助成受給券	あり・ なし
	生活保護(生保単独・生保併用)・原爆	あり・ なし
疾患名(発症日)	疾患名 脳出血 発症日 2018年 7月 25日	
退院・退所日	2019年 1月 30日 (退院 退所) 入院なし・入所なし	
	入院(入所機関名)	茂原病院
主治医	医療機関: 茂原病院	医師名: 若林 次郎
利用中のサービス	訪問介護	(月・火・水・木・金・土・日)
	デイサービス	(月 ・火・水・木・ 金 ・土・日)
	デイケア	(月・火・水・木・金・土・日)
	その他	(月・火・水・木・金・土・日)
利用希望曜日 時間帯	月・火・ 水 ・木・金 (AM ・ PM)	
依頼目的	生活動作が自立して行えるように。	
経緯	2018年7月25日、脳出血により茂原病院へ入院となる。 左片マヒにより立位や歩行が困難となる。 妻、長男夫婦と二世帯で暮らしている。 日中独居の為、屋内移動、排泄の自立(トイレ使用)を目的とした リハビリを希望。	
実施期間等	6ヶ月を目処に	

訪問リハビリテーション新規依頼書

※差支えなければ、介護保険証、基本情報のコピーを添えて下さい。

依頼日	年 月 日		
依頼者	事業所名		
	電話番号		
	氏名		
利用者名・性別	様 (男・女)		
生年月日・年齢	年	月	日 歳
住所			
電話番号			
要介護度 負担割合	要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 (初申請・再申請) 割		
公費負担の有無	特定医療費受給者証(難病)	あり	なし
	重度心身障害者医療費助成受給券	あり	なし
	生活保護(生保単独・生保併用)・原爆	あり	なし
疾患名(発症日)	疾患名	発症日	年 月 日
退院・退所日	年 月 日 (退院・退所)		入院なし・入所なし
	入院(入所機関名)		
主治医	医療機関:	医師名:	
利用中のサービス	訪問介護	(月・火・水・木・金・土・日)	
	デイサービス	(月・火・水・木・金・土・日)	
	デイケア	(月・火・水・木・金・土・日)	
	その他	(月・火・水・木・金・土・日)	
利用希望曜日 時間帯	月・火・水・木・金 (AM・PM)		
依頼目的			
経緯			
実施期間等			