

# 訪問リハビリテーション申込時の情報書

受付日 令和 年 月 日 担当者 ( )

CM 事業所/担当者名	
事業所 TEL	
利用者名	様 ( 男 ・ 女 )
生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
ご自宅等 連絡先	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">対応エリア：守口市内+旭区太子橋3丁目</div> 自宅住所： _____ 電 話： _____ ( ) _____ 家族構成 (緊急連絡先)：
診断名 (発症日)  経過等	       ※短期集中 (あり・なし) →起算日 (退院日) 月 日
介護度	1・2・3・4・5 要支援 1・2
病院名/主治医	<input type="checkbox"/> 診療情報及び指示書は CM が HP よりダウンロードして依頼 <input type="checkbox"/> 松下記念病院の場合は、リハ担当者が直接依頼
その他  ・他サービス状況 ・生活状況、困りごと ・要望、目標 ・申し込みの経緯  など	事前訪問、契約 月 日 ( ) 時 分～ <input type="checkbox"/> 第 1 回リハビリ会議として位置づけさせていただきます。 <input type="checkbox"/> 今後も 1 か月～3 か月おきにリハビリ会議があります。 <input type="checkbox"/> 開始時メモ