

通所リハビリテーション 利用申込 ・ 回答用紙

居宅介護保険事業所		TEL	
担当者名		FAX	

フリガナ		生年月日		年	月	日
利用者名	様	男 ・ 女	要支援 (□1・□2) 要介護 (□1・□2・□3・□4・□5)			
住所	利用者の来苑		□できる	□できない		
	駐車所		□あり	□なし		
病名						
利用希望の経緯						
目標						
希望曜日	□月 □火 □水 □木 □金		希望時間	□9時30分～15時40分		
				□9時30分～11時40分・□13時50分～16時		
備考						
添付書類	<input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> 介護保険証のコピー <input type="checkbox"/> 負担割合証のコピー <input type="checkbox"/> 身障手帳のコピー <input type="checkbox"/> その他					

上記申し込みに対して下記の通り回答します。 受付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

通所リハビリテーション 山咲苑 担当:
 TEL: 0596-23-8000 / FAX: 0596-63-8200
 E-mail: d-care@yamasakien.biz

- 1 申し訳ありませんが、お申込みいただいたサービスは現在スケジュール上対応できません。調整ができ次第、当苑よりご連絡させていただきます。予約をキャンセルされる際はご連絡ください。
- 2 下記の内容にて対応可能です。検討の上ご連絡ください。

利用開始日		月	日	()			
ご利用曜日	□月 □火 □水 □木 □金						
提供時間	□9時30分～11時40分 □13時50分～16時 □9時30分～15時40分						
事業所番号	2450880014						
サービス内容	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(Aイ・ロ) <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算 <input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション加算 <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 <input type="checkbox"/> サービス提供体制加算(I) <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 <input type="checkbox"/> 通所リハ特定処遇改善加算 <input type="checkbox"/> 運動器機能向上加算						

※ かかりつけ医療機関様の「診療情報提供書」が必要となります。ご準備できましたら苑の方へご連絡ください。

※ サービス担当者会議の開催日時についてはご相談下さい。

備考