

# 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	<input type="checkbox"/> 9時30分～11時40分 <input type="checkbox"/> 13時50分～16時 <input type="checkbox"/> 9時30分～15時40分				
事業所番号	<b>2450880014</b>				
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/B・□) <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