

訪問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			
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

訪問リハビリテーション 山咲苑 担当:
 TEL: 0596-23-8000 / FAX: 0596-63-8200
 E-mail: h-reha@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 下記の通りであれば対応可能ですので、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	～			
事業所番号	2450880014			
サービス内容	<input type="checkbox"/> サービス提供体制加算(I) 6単位/回 <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(A) <input type="checkbox"/> 180単位/月 <input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション加算 200単位/日			

備考

- 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。当苑施設医の診療日を決めます。
- サービス担当者会議の開催日時について
 - 当苑施設医の診療日以前を希望
 - 当苑施設医の診療日以後を希望