

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	□基本情報 □介護保険証のコピー □負担割合証のコピー □身障手帳のコピー □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	□サービス提供体制強化加算 (I) 6単位/回 □短期集中リハビリテーション加算 200単位/日 □訪問リハ移行支援加算 17単位/日 (※介護予防は除く) □リハビリテーションマネジメント加算 (A) □ 213単位/月 (※介護予防は除く)

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