

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	□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

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	□リハビリテーションマネジメント加算 (Aロ・Bロ) □入浴介助加算 □リハビリテーション提供体制加算 □短期集中リハビリテーション加算 □サービス提供体制強化加算 □栄養アセスメント加算 □運動器機能向上加算 □サービス提供体制加算 (I) □介護職員処遇改善加算 □通所リハ特定処遇改善加算 □介護職員等ベースアップ加算 □科学的介護推進体制加算 □事業所が送迎を行わない場合 □事業所評価加算		

- ※ 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