

通所リハビリテーション 山咲苑 利用申込・回答用紙

居宅介護支援事業所		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 □身体障害者手帳のコピー □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	年 _____ 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(□) <input type="checkbox"/> 移行支援加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 <input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション加算 <input type="checkbox"/> サービス提供体制加算(I) <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 <input type="checkbox"/> 事業所が送迎を行わない場合	<input type="checkbox"/> リハマネの説明を医師から実施 <input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算 <input type="checkbox"/> 入浴介助加算 I・II <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 I <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算			

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。