

訪問リハビリテーションご利用者様相談受付シート

問い合わせ日： 年 月 日

相談者	氏名					
	電話番号					
	FAX 番号					
	事業所名					
利用者情報	ふりがな 氏名		男性 女性	生年 月 日	M・T・S・H 年 月 日 歳	
	住所	〒 TEL (独居・同居)(同居者(キーパーソン):続柄、氏名:)				
	介護認定	支援 1・2 介護 1・2・3・4・5				
	入院先 医療機関					
	退院日	年 月 日 ※退院後三ヶ月経過している場合は無記入で構いません				
	かかりつけ 医療機関		主治医 氏名			
	診断名					
現在の状況 (現病歴など)						
身体状況	移動 (自立・見守り・介助)	入浴 (自立・見守り・介助)		【備考欄】		
	食事 (自立・見守り・介助)	更衣 (自立・見守り・介助)				
	整容 (自立・見守り・介助)	排泄 (自立・見守り・介助)				
依頼内容	(利用理由、目標など) 希望利用の曜日： 月・火・水・木・金・土 希望時間帯： 午前・午後 時					
他のサービス 利用状況 (曜日・時間帯)	通所リハビリ	(曜日、)				
	通所介護	(曜日、)				
	訪問ヘルパー	(曜日、)				
	訪問入浴	(曜日、)				
	その他	(曜日、)				

※ご記入ありがとうございました。お手数ですが、下記 FAX 番号までご送信お願い致します
介護老人保健施設かわぐちナーシングホーム 訪問リハビリテーション
電話番号：048-498-3111 FAX 番号：048-498-3800