



東京リハビリ整形外科  
クリニック おおた  
訪問リハビリテーション



FAX: 03-6424-7609

事業所番号: 1315621941

お申込日 年 月 日

ご依頼元

貴事業所名	
貴事業所番号NO.	
ご住所	
TEL	
FAX	
ご担当者様	

サービス依頼書

ご依頼 療法士	<input type="checkbox"/> 1回(20分)	<input type="checkbox"/> 身体機能	加算	<input type="checkbox"/> リハビリマネジメント加算	医療	厚生労働大臣が定める疾病等	
	<input type="checkbox"/> 2回(40分)	<input type="checkbox"/> 言語		<input type="checkbox"/> リハビリマネジメント加算 I. II. III. IV		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 3回(60分)	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下		<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション実施加算		[ ]	

フリガナ		男・女	M・T S・H	年 月 日生( 歳)
------	--	-----	------------	------------

住所	〒 -
----	-----

連絡先①電話番号	キーパーソン(続柄)	( )
----------	------------	-----

連絡先②電話番号(連絡先①以外でご連絡のつく連絡先)

介護保険 負担割合 1割・2割	予防 1・2 介護 1・2・3・4・5	特定医療費(指定難病)受給者証	その他(手帳・受給者証)	
	申請中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 被爆者手帳
高齢者受給者証・後期高齢者医療被保険者証	【特定疾患名】	<input type="checkbox"/> (障) <input type="checkbox"/> (乳) <input type="checkbox"/> (子) <input type="checkbox"/> (親) <input type="checkbox"/> 小児慢特	<input type="checkbox"/> 自立支援	<input type="checkbox"/> その他[ ]
<input type="checkbox"/> 有 ( 割) <input type="checkbox"/> 無				

現疾病 既往歴	
------------	--

感染症の有無	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ( )
--------	---

現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院加療中( )病院 月 日 退院予定
-------	--

指示書	<input type="checkbox"/> 当クリニックで診察	医療機関名:
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> インテーク(契約)時に手渡し	主治医: ( ) 科) 先生
	<input type="checkbox"/> 見学時に手渡し	医療機関住所: 〒

現在のサービス日時等(それ以外の時間帯で調整いたします)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

他の訪問看護ステーションの利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ステーション名 [ ]
-----------------	---	-------------

備考	(リハビリ内容への要望・希望回数・その他ご希望)
----	--------------------------

事業所使用欄

<input type="checkbox"/> 指示書郵送( 月 日)	担当	決定日