

えびな脳神経クリニック 訪問リハビリテーション利用申込書

依頼日 年 月 日

居宅介護支援事業所	事業所名		医療法人社団NALU えびな脳神経クリニック 訪問リハビリテーション		
	事業所TEL			事業所番号	1414210464
	携帯電話			電話	046-205-3735
	FAX			FAX	046-236-2177
	担当 介護支援専門員			mail	houreha.ebinou@gmail.com
			担当者	渋江、松下	

利用者基本情報	フリガナ		性別	男	生年月日	明治・大正・昭和・平成	
	氏名			女		年齢	年 月 日 (歳)
	住所	〒				自宅電話	
						携帯電話	
	緊急連絡先	氏名		続柄		連絡先	
	キーパーソン	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先と同じ ※緊急連絡先と異なる場合は、下記にご記入をお願いします。					
		氏名		続柄		連絡先	
駐車場情報	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近隣 () <input type="checkbox"/> 無し						

介護保険サービス情報	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
	利用希望頻度	週 回 (<input type="checkbox"/> 40分 / <input type="checkbox"/> 60分)				
	希望曜日・時間帯	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後)				
	その他サービス利用状況					

※重要	事業所選定理由 (該当するもの全てにチェックを記入)	
	専門職・スキル	<input type="checkbox"/> 他職種の在籍 (PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> STの訪問が可能 <input type="checkbox"/> 認知症ケアの専門性
	迅速性・利便性	<input type="checkbox"/> 受け入れまでの速さ <input type="checkbox"/> 訪問時間の柔軟性 <input type="checkbox"/> エリアの対応力
	外部連携・発信	<input type="checkbox"/> 報告・連絡の徹底 <input type="checkbox"/> 計画書・報告書の質 <input type="checkbox"/> 主治医との密な連携
	評判・実績	<input type="checkbox"/> 利用者・家族からの高評価 <input type="checkbox"/> 過去の改善実績 <input type="checkbox"/> スタッフの人間性・相性

医療情報	かかりつけ医療機関	<input type="checkbox"/> えびな脳神経クリニック <input type="checkbox"/> その他 (
	主治医	<input type="checkbox"/> 尾崎 <input type="checkbox"/> 岩田 <input type="checkbox"/> 反町 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> その他：医師名 (科)
	疾患名	
	既往歴	
	直近の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※短期集中加算を算定する場合があります。
	特記事項	

その他	
-----	--

※お申し込み後に契約日等、担当者よりご連絡差し上げます。