

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)						
	<u>希望利用の曜日：</u> 月・火・水・木・金・土 <u>希望時間帯：</u> 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