

訪問リハビリテーションFAX申込書



医療法人社団 海星会

送付先
FAX : 043-305-4663

※これは、訪問リハビリテーションのFAX申込用紙です。(訪問歯科の申し込みは別紙になります。)

年 月 日

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|--|--------------------|---------------|----|---------------|-------|
| ご紹介先様 電話番号 | 電話： () - FAX： () - | ふりがな ご担当者様 | | | | | |
| ふりがな | | 性別 | 男 女 | | | | |
| 患者氏名 | 様 | | | | | | |
| 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日 | 年齢 | 歳 | | | | |
| ご住所 | 〒 | 住居形態 | 同居 独居 | | | | |
| 電話 | | その他 連絡先 | | | | | |
| 駐車場 | 軽自動車です。駐車場はございますか？ 有 ・ 無 ・ その他 () | | | | | | |
| 請求書 送付先 | 請求先が上記住所と違う場合、記入して下さい | 診療費 請求区分 | 集金 振込 | | | | |
| 保険区分 | 生活保護 | 介護度 | 要支援： 要介護： | | | | |
| 介護保険 *情報提供を 行うことの 同意 | <input type="checkbox"/> 同意する | 在宅又は居宅系施設（サービス付き高齢者向け住宅等）にて訪問リハビリテーションを行う場合、介護保険を利用します。この訪問リハビリテーションでは、居宅介護支援事業者等に対して訪問リハビリテーションを通じた情報提供を行うことにより、患者様に対する介護サービス利用上の留意点や介護方法等についてご活用いただくものとなります。趣旨をご理解いただき、「同意欄」にチェックをお願い致します。 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同意しない | | | | | |
| 主 訴 | 食事の際にむせることがある、食事が食べにくい、呂律がまわらない、うまく言葉がでてこない その他 | | | | | | |
| 既 往 歴 | 脳血管障害(脳梗塞・脳出血) () 回 (麻痺側：右・左・両方) | | 誤嚥性肺炎 () 回 | | | | |
| | 肺塞栓症 (酸素投与 有・無) | 高血圧 | 低血圧 心臓病 喘息 糖尿病 | | | | |
| | 骨折 骨粗鬆症 | 腎臓病 | 甲状腺 肝臓病 → A型・B型・C型 | | | | |
| | 認知症 | パーキンソン病 | その他感染症 () | | | | |
| | その他 (神経難病、変性疾患等) | | | | | | |
| 現 在 の 食 事 状 況 | 食事形態：主食 () 副食 () 水分 (有・無) | | 様式 (自力・介助) | | | | |
| 通院でき ない理由 | 服用している薬 | | | | | | |
| 主 治 医 医療機関名 電 話 | <input type="checkbox"/> 主治医から指示書送付の許可 | | | | | | |
| 都合の悪い 曜日・時間 | 都合悪い...× | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 【その他】 |
| | AM | | | | | | |
| | PM | | | | | | |
| 注 意 事 項 | 【支払】患者様一部負担金の支払いは、月締めでまとめた請求・お支払となります。郵便局のお振込もご利用になれます。 | | | 新規 ・ 再診 | 在宅 | 病院 ・ 施設 | |

※ 個人情報の取扱いには十分注意し、申込とカルテ作成のため使用いたします。無断で外部にデータ提供することはありません。

訪問リハビリのお問い合わせは フリーダイヤル：0120-152-589 までお願いします。

v051110