



居宅リハビリテーション依頼書

- 1)利用者名 _____ 様 満 才 (男 ・ 女)
- 2)訪問場所 ① 自宅 (校区名: _____)
② 病院・施設名: (_____)
- 3)希望サービス ① 通所リハビリテーション ※月・火・木・金 9:00～16:30
② 訪問リハビリテーション ※月・火・木・金 9:00～16:30
③ 居宅療養管理指導(管理栄養士) ※月～金 13:30～16:30
- 4)利用希望 ① 開始時期 月 日頃 ② 曜日 ③ 午前 ④ 午後
- 5)介護保険 ① あり (要支援: _____ 要介護: _____) ② なし (申請中)
- 6)ご担当者 所属先: _____
お名前: _____ 様 (TEL: _____)

※お手数ですが調整後に折返しご連絡差し上げますので、ご担当者様・ご連絡先をご記入ください。

※各サービス内容の詳細につきましては、当院HP「情報公開」ページでご確認いただけます。

7)送信先 FAX: (076)475-7235 or メール: info@yoshimi-hospital.jp