

# 通所リハビリテーション依頼書

FAX 072-777-2116

送信日 年 月 日

※差支えなければ、介護保険証・基本情報のコピーを添えてください。

ご依頼者様(事業所名・氏名)	TEL
	FAX
利用者様氏名(ふりがな) 男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日( 歳)
利用者様住所	TEL
	FAX
介護度 要支援1・要支援2・要介護( )・申請中	
介護保険番号	介護負担割 ( )割
利用中の介護サービス	
公費負担の有無 :	生活保護(生保単独・生保併用) あり・なし 特定医療費(難病指定)受給者証 あり・なし
現在の病状および既往歴・通院歴	
ADL(日常生活動作)・禁忌動作 歩行手段:自立・杖・歩行器・シルバーカー・車いす・他( )	
特記事項	
希望回数 : 週 /回	送迎希望 : 有・無
希望曜日 : 月・火・水・木・金・土(可能な曜日には全て○を付けてください) ※ご希望に添えない場合もあり、その場合はご相談させていただきます。ご了承ください。	
居宅介護事業所名(事業所No. )	担当ケアマネージャー
TEL :	



医療法人社団 いしかわ整形外科  
デイケアリハビリテーションセンター

〒664-0874 兵庫県伊丹市山田2丁目2-25-1  
TEL 072-777-2115 FAX 072-777-2116