

医療法人社団 健芯会 ライフクリニック 小児訪問リハビリテーション申込書

		申込日：	年	月	日
依頼元の事業者名		TEL	—	—	
依頼者の氏名		FAX	—	—	
フリガナ 氏名		S・H・R	年	月	日()歳
住所	〒				
TEL	—	緊急連絡先	—	—	
キーパーソン	続柄()		家族構成		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(種 級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中		愛の手帳		<input type="checkbox"/> 有(度) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
マル都	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中		特定疾患の認定		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
マル障	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中		小児慢性特定疾病		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
マル乳・マル子	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中		ひとり親家庭		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
生活保護の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
※主治医に、当院の訪問リハビリを利用する事と情報提供書依頼は済んでいますか？					
未 ・ 済 ※未の場合は、早めに主治医へ確認をお願いします。					
病名・経過		かかりつけ医療機関		担当医	
				科	Dr.
				科	Dr.
				科	Dr.
				科	Dr.
現在の居場所					
<input type="checkbox"/> 入院中(NICU・GCU・小児科/退院予定 月頃) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他					
医療ケア					
<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう・他) <input type="checkbox"/> 酸素					
<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> その他()					
家族状況					
例：仕事があり、〇〇時以降の帰宅になってしまう。夕方、兄弟のお迎えがあるなど。					
訪問リハビリご依頼内容					
例：訪問リハビリテーションの依頼。リハビリの回数を増やしたい。開始時期・曜日・時間・頻度など。					
現在利用中、または今後利用予定のサービスについて(事業所名・曜日・時間)					
訪問介護()	訪問看護()	訪問入浴()			
放課後デイ()	発達支援()	療育()			
学校()	通院リハ()	保健師・相談員()			

医療法人社団 健芯会 ライフクリニック 事業所番号0728824

〒130-0023 東京都墨田区立川4-5-2二橋ビル1F TEL 03-5638-8556(代) FAX 03-6369-3397