グレースケア市川　訪問リハビリテーション依頼書

令和　　年　　月　　日

■ご依頼 / お問い合わせをいただいた方

事業所名	
担当者	
連絡先	ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：

■ご利用者

氏名 等	様　（　　歳）（　男性　・　女性　）
住所	（　市川市　・　松戸市　・　鎌ヶ谷市　）　[町名]
状況	（　在宅　・　入院中　・　退院、退所直後　）
介護認定	（　申請中　・　要支援　・　要介護　）（　１・２・３・４・５　） 負担割合　（　１割　・　２割　・　３割　）
サービス利用状況	
主疾患既往歴	
主治医	病院名（　　）主治医（　　先生）

■訪問リハビリテーションのご希望

利用目的（具体的に）		
訪問希望日	曜日	（　月曜・火曜・水曜・木曜日・金曜・土曜・指定無し　）
	時間	（　午前　・　午後　・　指定無し　・　　時 ～　　時頃　）
開始時期	（　検討中　・　早急　・　退院してから　・　　月　　日頃から開始したい　）	

介護老人保健施設グレースケア市川
訪問リハビリテーション受付：OT 小室
TEL : 047-303-8883　FAX : 047-303-8913