

# 訪問リハビリテーション利用申込書

申込日： 年 月 日

利用者情報			
フリガナ		性別	明・大・昭・平・令 年 月 日
利用者氏名		男・女	
現住所	〒	電話番号	
現在所在	1. 自宅 2. 施設		
	上記2の名称：		
介護保険	申請中 ・ 要支援（ 1 2 ） ・ 要介護（ 1 2 3 4 5 ）		
	介護保険証有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日		
医療保険	1. 社会保険 2. 国民健康保険 3. その他（ ）		
※リハビリに関するご要望などご記入ください			

かかりつけの医療機関・主治医情報			
医療機関名		現在の受診状況	通院（ 回/月） 往診（ 回/月）
主治医名		「診療情報提供書」 作成依頼	済 ・ 未
電話番号			

ケアマネージャー情報			
居宅介護支援 事業所名		電話番号	
ケアマネー ジャー氏名		FAX番号	

<ご利用者様へ>

本用紙に必要事項をご記入いただき、担当のケアマネージャーにお渡しください。

<ケアマネージャーの方へ>

記載内容をご確認の上、みたかクリニック宛にFAXをお願いいたします。FAX確認後、当院よりご連絡いたします。

医療法人 江田クリニック

みたかクリニック

訪問リハビリ事業所番号  
1313624665

東京都三鷹市新川3-21-12

電話番号：0422-26-5351

FAX番号：0422-26-7268