

外来リハビリテーション申込票

年 月 日

(紹介先)
脳神経内科かしわば病院
 患者支援センター 宛
 直通TEL 011-598-1560
 直通FAX 011-598-8210

(紹介元医療機関)
 住所
 名称
 医師氏名
 電話番号
 FAX番号
 ご担当者名

患者情報	フリガナ		受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ID)
	氏名	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 歳
	住所	〒		
		TEL 自宅 ()	携帯 ()	

主訴又は傷病名			
既往歴			
症状経過 治療経過			
算定区分	脳血管疾患等 ・ 運動器疾患 ・ 廃用症候群 ・ その他 ()		
種別	発症日 ・ 急性増悪日 ・ その他 ()		
起算日	年 月 日		
現在の処方等	(<input type="checkbox"/> 下記参照 <input type="checkbox"/> 別紙参照 ※お薬手帳があれば別途添付お願い致します)		
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> その他] ⇒ <input type="checkbox"/> 事前郵送可能 <input type="checkbox"/> 当日持参予定		
予約希望日		都合の悪い日	
希望するリハビリ	※ 具体的なリハビリ内容の希望があれば記載をお願い致します <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST		
指定難病受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 居宅介護支援事業所・介護支援専門員 ()
介護サービス	訪問リハビリテーションもしくは通所リハビリテーション(デイケア)の利用や利用予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
患者の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 自力歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考			

※ ご不明な点は患者支援センターへお問い合わせください。
 ※ お申込みいただいてから回答まで数日間いただきます。予めご承知おきください。