

自宅リハビリテーション 専門職派遣依頼書

年 月 日

茅ヶ崎市長 様

<依頼者 氏名>

< 住 所 >

< 連 絡 先 > 電話

Mail

次のとおりリハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

利用者情報	利用者氏名	(男 ・ 女)		生年月日	年 月 日 (満 歳)		
	居住地	茅ヶ崎市					
	連絡先	電話					
	要介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり (要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2)					
訪問日時・連絡調整等	訪問希望時期	記載例：〇月頃～、病院から退院した後～等					
	訪問希望日		月	火	水	木	金
		午前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		午後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	連絡調整者 ※事業者から日程調整のご連絡をさせていただく方	氏名：	関係性：		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他()		
立ち合い希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (氏名:)						
依頼内容	<input type="checkbox"/> スロープや手すり等の設置について <input type="checkbox"/> 介護予防のための運動等について <input type="checkbox"/> その他() (具体的な内容)						
その他							