

# 通所リハビリ依頼表

F A X 06-4865-8007

送信日 平成 年 月 日

ご依頼者（所属先・氏名）		TEL	
		FAX	
フリガナ	男 女	生年月日	M T S H
患者氏名		年 月 日	( 歳)
患者住所 〒		TEL	
キーパーソン		TEL	
保険の種類 社保 ・ 国保 ・ 後期高齢 (いずれかに○をしてください)			
被保険者記号・番号			
公費負担	(有・無) 有の場合は下記へ種類・記号・番号		
介護保険番号		要介護度 ( )	要支援 ( )
利用中のサービス			
主治医			
病名			
現在の症状および既往歴			
希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	週	日
希望時間	9 : 30 ~	・ 11 : 00 ~	・ 13 : 30 ~ ・ 15 : 00 ~
施設見学	要 不要	体験利用	要 不要
特記事項			

わかる範囲でご記入いただき、FAXを頂きましたら連絡を取らせていただきます。システム、料金等についてご納得いただきましたら、サービスご利用日時を決めさせていただきます。

〒560-0011 豊中市上野西3-17-2

TEL 06-4865-8006 FAX 06-4865-8007

医療法人 優仁会 かとう整形在宅クリニック