

FAX：0538-31-6060（直通）

訪問リハビリ専用メールアドレス（fk-houmonriha@sis.seirei.or.jp）

訪問リハビリテーション依頼・相談用紙

【依頼元】事業所名：_____ 記入日：____年____月____日

担当者名：_____

連絡先：_____

1. 基本情報

利用者名(フリガナ)：_____ 性別：男・女 生年月日：_____

疾患名：_____ かかりつけ医：_____（_____先生）

住所：_____（自宅～当院までの距離：約_____km）

電話：_____

直近の退院日あるいは介護認定日：____月____日

介護度：支援・介護 _____ 他の介護サービス利用状況：_____

2. 訪問リハビリ利用目的など

（ ）

【依頼先記入】利用：可・不可（理由：_____）日付：_____

キリトリ

利用者様用（当院から利用可否連絡後、利用者様へお渡してください）なお、当院がかかりつけ医の場合は不要です。

聖隷袋井市民病院への受診（予約）のお願い

※かかりつけ医に「診療情報提供書」を記載してもらってから、当院リハビリ科外来（予約）を受診してください。
手順：

聖隷袋井市民病院へ電話：0538-41-2777（代） 8:30-17:00（月-金）

「リハビリ科」外来予約（月水:14:00-15:30）をとる

※「訪問リハビリを利用したいため、リハビリ科の受診予約をとりたいです」とお伝えください。

受診する（持ち物：健康保険証、介護保険証、診察券、診療情報提供書、お薬手帳）