

訪問看護リハビリステーション和気あいあい 相談・依頼

日付	年 月 日	訪問看護・リハビリテーション(PT・OT・ST)		
依頼項目	(空き状況確認 ・ 依頼 ・ 待機でも可能 ・ 相談のみ)			
依頼者様 (ケアマネ様)	事業所名			
	担当者			
	連絡先			
利用者情報	(柏・我孫子・松戸・流山・野田) 市 町			
	(男性 ・ 女性) (入院中 ・ 退院退所直後 ・ 在宅中) 退院予定日:			
	氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
	連絡先		備考	
ご家族情報 (緊急連絡先)	氏名 続柄		TEL	
	氏名 続柄		TEL	
介護認定	(あり・なし・申請中 : 要支援・要介護 1・2・3・4・5)			
状況	胃瘻(有・無) 褥瘡(有・無) バルーン(有・無) オムツ(有・無)			
	認知・高次脳機能障害(有・無) 歩行(可能・用具使用・車椅子・不可)			
特定疾患	(有 ・ 無 ・ 認定検討中)		生活保護	(有・無)
主治医	病院 ・ 医院 ・ クリニック			
医師名				
訪問希望日	希望	(月曜 ・ 火曜 ・ 水曜 ・ 木曜 ・ 金曜)		
	時間	(午前中希望 ・ 午後希望 ・ いつでもいい : 時頃～)		
疾患				
目的				
要望				
開始時期 予定	(早急に ・ 検討中) 開始希望日 月 日 ~			

* ご依頼・ご相談ありがとうございます。ご依頼内容を可能な限りご記入の上FAXお願い致します。

* なるべく早急に対応させて頂きます(基本当日中にご返事致します)。

訪問看護リハビリステーション和気あいあい

管理者:松本 綾香

〒277-0827 千葉県柏市松葉町3丁目24-7

事業所番号:1262190346

電話:04-7189-8927

FAX:04-7103-3741