

新規依頼申込書

1	依頼年月日	平成 年 月 日		
2	ご利用者氏名（ふりがな）	（ ）		
3	生年月日・性別	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生（ 歳）	（ 男 ・ 女 ）	
4	住所			
5	電話			
6	主たる傷病名			
7	ご希望のサービス内容	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士（言語、摂食・嚥下）		
8	ご利用の目的・要望	※言語聴覚士による訪問を希望の際は、上記（ ）内のサービス内容を○で囲んでください。		
9	適用になる保険	<input type="checkbox"/> 介護保険（要支援 ・ 要介護 ） 区変中 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
10	公費のご利用	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 難病特定疾患 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
11	居宅介護支援事業所等の名称			
12	事業所番号			
13	TEL・FAX	TEL（ ）	FAX（ ）	
14	ご担当者			
15	訪問看護指示書依頼ルート	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族がご用意	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> その他
16	主治医医療機関の名称			
17	主治医氏名（専門科）	（ ）		
18	住所			
19	TEL・FAX	TEL（ ）	FAX（ ）	

※ 確認事項

- ・ 訪問リハビリ・看護を受けるには、主治医からの訪問看護指示書が必要です。
- ・ 訪問看護指示書の用紙が必要な場合はFAXにて用紙を送付いたします。
 必要 【送信先： 居宅介護支援事業所等宛 その他（FAX（ ））】
 （用紙は、 http://www.reha.co.jp/09_downloads/ からダウンロードできます。）
- ・ ご利用者様の詳しい情報がある場合には、併せてFAXいただければ幸いに存じます。

〒263-0023
 千葉県稲毛区緑町1-23-12緑町ハイリビング1階
 さかいりハ訪問看護ステーション・千葉
 事業所番号 1260190330
 TEL:043-241-1016 FAX:043-241-1017
 事業所責任者 白木 秀和