

## 外来リハビリテーション 依頼申込書

依頼先 住吉クリニック病院 地域連携室 宛

Fax 029-247-2250

地域連携室直通 Tel 029-246-9340

代表 Tel 029-247-2251

ふりがな		生年月日 (西暦)	年齢	性別
患者氏名		年 月 日		男・女
連絡先	〒 _____ 住所 _____ Tel _____			
住吉クリニック病院受診歴		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

希望日	①	②	③	ご都合の悪い日	
主病名					
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
手術名			手術施行日		
経過	経過報告書を希望： <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない				
ADL	寝返り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	起立動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	立位保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	座位保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	移動	独歩 ・ 伝い歩き ・ 杖 ・ 押し車 ・ 歩行器 ・ 車いす			
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済			介護度	
介護保険で利用中のリハビリサービス			<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		

※介護保険にてリハビリテーションサービスを利用されている方は、当院のリハビリテーションは受けられません。

医療機関名

担当医

TEL

住所