

# LE 在宅・施設 訪問看護リハビリステーション

東京 渋谷新本店 TEL03-6427-8411 FAX 03-6427-8412  
 東京 全店舗共通 介護保険事業者番号：1361290024 健康保険事業所番号：7199300  
 名古屋 千種本店 TEL052-931-5855 FAX 052-931-5856  
 名古屋 全店舗共通 介護保険事業者番号：2360290387 健康保険事業所番号：0290387  
 福岡 平尾本店 TEL092-791-1770 FAX 092-791-1771  
 福岡 全店舗共通 介護保険事業者番号：4061192326 健康保険事業所番号：1192326

【新規申込日： 年 月 日】

太枠部分の記載をお願いします。

ご紹介事業所	事業所名：		
	ご担当者様名：		様
	TEL：	FAX：	
ご活用者様 氏名	フリガナ	生年 月日	T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)
	様 (男・女)		
ご活用者様 住所	TEL：	保険 種別	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 生保
		介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 (区分変更中・申請中)
指示書依頼先	病院名：		主治医：
	連絡先：		
	ケアマネージャー様 及び ご家族様から主治医へ訪問看護導入に関する許可 ⇒ (許可済・未)		

以下は可能であれば記載ください。

**弊社より折り返しのご連絡をいたしますので、最低限の記載で大丈夫です！（上記太枠のみ記載でもOKです）**

■ 在宅療養中 or 入院中（退院予定日： ）

■ 希望のサービス：

看護師 回/週 分  リハビリ 回/週 分

■ 現在のサービス利用状況（それ以外の時間で調整いたします）

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

■ キーパーソン（主介護者）

様（続柄 ） 同居 / 別居 TEL：

■ 主な病歴や既往歴、経過等（弊社から聞き取りをさせていただき記載いたします！）

自社記入欄	指示書先TEL： <input type="checkbox"/> 済 指示依頼郵送： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 指示開始日： / ( )
	リハ：PT・OT/ST 週 回 分 屋外歩行の記載の有無 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	サ担・契約 / ( ) : ~ <input type="checkbox"/> 退院後の指示書先：