※陽だまり　（西東京）　FAX：042-460-7022

□指示書（　/　～）　/　郵送済　　□ ENT時手持ち　□事前FAX依頼
□カルテ
□保険証類
他訪看（有・無）

月　日　：　（　）受

太枠内をご記入ください

新規依頼書（ リハ ・ 看護 ・ ＳＴ ）（介・医）				
依頼者	様	電話：　（　） －		
フリガナ		性別	生年月日	年齢
利用者氏名		男・女	M・T・S・H　年　月　日	歳
住所	〒　西東京市・小平市　・家族構成 電話：　同居　独居			
キーパーソン	電話：			
病状・経過	診断名：　・入院中（退院日：　）　・在宅 既往： 経緯： 感染症：　（有・無）（　） 医療処置：　（有・無）（　）			
主治医	医療機関　/　科　医師名			
保険情報	要支援（ １ ・ ２ ） 要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）　申請中 ・ 区変中 介護保険（1割・2割・3割）・医療保険　・難病医療券（有・無）・生活保護			
その他	メモ			
サービス利用状況	・ヘルパー（　） ・訪問入浴（　）　・訪問看護（　） ・福祉用具（　）　・デイ（　）			
訪問目的	・看護：　・リハビリ：			
希望訪問日	週（　）回 ー 月・火・水・木・金 ー（AM・PM）　・　曜日 時間いつでも可 リハ内容：（40分・60分）			
担当者	看護			
	リハビリ			

チェック項目

□診断名、経過
□主治医
□名・住・生・連絡先
□介護度・保険・負担割合
□希望サービス

担会	月　日	
契約日	月　日	
看護初回	月　日	
リハ初回	月　日	

※陽だまり　（西東京）　FAX：042-460-7022