お 問 合 せ シ ー ト

※ご記入は分かる範囲で結構です

りすの訪問看護リハビリステーション

電話:0466-96-0302
※専門の電話部署でご用件を伺った後、担当から、必ず折り返し電話をいれさせていただきます。

※FAX番号は異なるためご注意ください
FAX 0466－32－9876

問い合わせ:＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

貴事業所名:＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 :＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX :＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当者様:＿＿＿＿＿＿＿＿

希望するサービス: 看護 ・ リハビリ

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H 年 月 日
住所	〒		
主病名		電話番号	
保険関係	要支援 1・2 申請中 区変中 要介護 1・2・3・4・5		割合 1割・2割・3割
病院名			
主治医		先生	次回受診日 ／
ご希望の曜日・時間帯	回／週 分		月・火・水・木・金 AM ・ PM
ご希望のサービス内容		主治医の同意	同意済・未確認

特記事項(ADL・既往歴・現病歴・家族状況や経済状況などわかる範囲でご記入ください)

※お手数ですが、看護サマリーや情報用紙がございましたら一緒にお送りください

内容確認後、担当者より折り返しご連絡させていただきます。

FAX:0466-32-9876