**お 問 合 せ シ ー ト　※記入は分かる範囲で結構です**

**くれよん**

**訪問看護リハビリステーション**

森下　電話：03-5625-4581

船橋　電話：047-468-2212

**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 |
| 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（土）（日）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 |

＊土日を希望される場合はご相談ください。

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。

**森下FAX：03-5625-4580**

**船橋FAX：047-468-2213**