

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