

事前相談 兼 申込シート				
共通情報	相談日	20 年 月 日		担当者：
	ふりがな		男	生年月日 年 月 日
	氏名（利用児童）		女	年齢 歳 ヶ月（ 年生）
				相談者 (続柄)
	住所	〒 - TEL（自宅）（ ） TEL（携帯）（ ） FAX（ ）		
相談内容				
訪問看護	主治医	医療機関：		主治医への確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
		主治医：（ ）科 先生		次回受診予定：
	診断名			
	保険区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護		
	小児慢性特定疾病 医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【疾患名】		
	医療証	<input type="checkbox"/> 子ども医療証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療証 <input type="checkbox"/> 障がい者医療証		
	他訪看ステーショ ンの利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ステーション名【 】		
		有の場合：サービス内容 【 】		職種 NS・PT・OT・
希望日（曜日・日 時） 職種等				
保育所等 訪問支援 ・ 児童発達 支援 ・ 放課後等 デイサー ビス	<input type="checkbox"/> 相談希望 <input type="checkbox"/> 申込希望 <input type="checkbox"/> 見学（体験）希望 （希望日： 月 日）		受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 有（ 種 級） ・ <input type="checkbox"/> 無	
			療育手帳 <input type="checkbox"/> 有（ A ・ B ） ・ <input type="checkbox"/> 無	
相談支援員	事業所：			
	氏名：			
利用サービス 保育園や学校 （曜日・時間） （クラス・担任）				
事業所 記載欄				

【株式会社 メディケア・リハビリ】

PARCあしや

〒659-0021

兵庫県芦屋市春日町2-15

T・Kレジデンス101号

TEL：0797-62-6777

FAX：0797-62-6778

E-mail：a-parc@medi-care.co.jp

えびすリハビリ訪問看護ステーション西宮

〒662-0972

兵庫県西宮市今在家町3-6

西宮ingB.L8階

TEL：0798-22-8825

FAX：0798-22-8824

