●年●月●日

●●病院　●●科

●●　先生　御机下

（事業所名）

（ケアマネ氏名）

（連絡先）TEL

　　　　　FAX

訪問リハビリテーション利用にかかる指示書の作成について

平素より大変お世話になっております。

下記の対象者について、標記書類の作成について、よろしくお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 登別市 | | | | | |
| 氏名 |  | | 性別 | |  | 昭和　年　月　日生（　　歳） |
| 介護度 |  | 有効期間 | | | ～ | |
| 施設名 |  | | | 利用開始日 | |  |

|  |
| --- |
| ＜対象者の状況等＞ |
|  |