

利用申込書

医療法人伸和会 介護老人保健施設 東海園
施設長 殿

申込日 20 年 月 日

つぎのとおり（入所・短期・通所・訪問）サービスを利用したいので、関係書類を添付して申込みます。

利用者名		性別	男・女	介護度	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)				
住所	市・町・村				
電話	()				
現在の状況	在宅・病院・施設(名称:)				
介護保険認定期間	年 月 日	～	年 月 日	認定日	年 月 日
ケアマネージャー	事業所: 担当者:				
	電話番号: ()				
希望サービス	入所	入所(個室・多床室)・ショートステイ(個室・多床室)			
	デイケア (週 回)	曜日	月・火・水・木・金・土・希望なし		
		入浴	無・有	送迎	無・有
訪問リハビリ (週 回)	曜日	月・火・水・木・金・土・希望なし			
利用目的	入所 ショートステイ	<input type="checkbox"/> リハビリ(機能訓練) <input type="checkbox"/> ご家族の介護休養 <input type="checkbox"/> 在宅介護困難 <input type="checkbox"/> 在宅復帰準備 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他()			
	デイケア	<input type="checkbox"/> リハビリ(機能訓練) <input type="checkbox"/> ご家族の介護休養 <input type="checkbox"/> 外出の機会 <input type="checkbox"/> その他()			
	訪問 リハビリ	<input type="checkbox"/> リハビリ(機能訓練) <input type="checkbox"/> 住環境調整 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> その他()			
出身地			職歴		
趣味・特技			性格		
第1連絡先	氏名	(フリガナ)			続柄
	住所				
連絡先	自宅電話	()	携帯	— —	
	勤務先電話	()	名称		
第2連絡先	氏名	(フリガナ)			続柄
	住所				
連絡先	自宅電話	()	携帯	— —	
	勤務先電話	()	名称		

現病歴	病名	発症日	医療機関	主治医	
既往歴					
家族構成	氏名	続柄	年齢	同居・別居	職業・その他
				同居・別居	
家屋	持家・借家・一軒家・集合住宅(階／エレベーター 有・無)				
	居住スペース	階	住宅改修	有・無	<input type="checkbox"/> 改修希望
本人、 家族の希望等					

※入所、ショートステイをご希望の方は、以下の内容についてご記入下さい。(わかる範囲で結構です)

障がい者手帳	無	・	有	(種級)
負担限度額認定証	無	・	有	(第段階)
負担割合	割			
収入	年金(国民厚生共済障害遺族その他)			
	その他			
利用開始日 (入所予定日)	<input type="checkbox"/>	月	日頃までに	<input type="checkbox"/> いつでも構わない <input type="checkbox"/> すぐにでも
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅復帰(利用するサービス)		<input type="checkbox"/> 未定	
	<input type="checkbox"/> 施設利用(検討先施設)		<input type="checkbox"/> 病院・老健・グループホーム・有料老人ホーム	
特養申込み	未	・	済	(施設名:)

個人情報の取扱いについて

- ご記入いただいた個人情報は、利用するサービス及びそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
- また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。