

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します。

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	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				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。