

利用申込書

入所・短期入所・デイケア

| | | | | |
|-------|---|--|--|----|
| ふりがな | | | 生年月日 | 年齢 |
| 利用者氏名 | 様 | 男・女 | 明治・大正・昭和 | 歳 |
| 住所 | 〒 | | 年 月 日 | |
| 電話 | | | FAX | |
| 保険証 | <input type="checkbox"/> 社会保険 本人・家族 <input type="checkbox"/> 共済保険 本人・家族 <input type="checkbox"/> 一部負担金免除 有・無 <input type="checkbox"/> 生活保護 | <input type="checkbox"/> 国民保険 本人・家族 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療証 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 (有 級・無・申請中) | | |
| 目的 | <input type="checkbox"/> 病院からの家庭復帰 <input type="checkbox"/> 在宅介護者の解放 <input type="checkbox"/> 日常生活動作の改善 <input type="checkbox"/> 意欲低下の改善 <input type="checkbox"/> その他 () | 内容 | <input type="checkbox"/> 入所 月 日頃から ケ月間ぐらい <input type="checkbox"/> 短期入所 月 日頃から 日間ぐらい <input type="checkbox"/> デイケア (月 日頃から) | |
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> ご自宅 (主な介護者) <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名) <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 通院 (病院名) <input type="checkbox"/> 往診 () <input type="checkbox"/> リハビリ () <input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> デイケア () <input type="checkbox"/> 入浴サービス () <input type="checkbox"/> デイサービス () <input type="checkbox"/> ヘルパー () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ケアマネジャー (事業所名 担当者) | | | |
| 服薬 | <input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無し | | | |

デイケア希望の方のみお書きください

| | | |
|----|---|---|
| 希望 | 曜日 月 火 水 木 金 土 送迎 (有 無) 入浴 (有 無) リハビリ (有 無) 活動の希望 () | 利用回数は要相談 <input type="checkbox"/> 送迎時は車椅子を利用する <input type="checkbox"/> 送迎時は車の座席に座ることができる |
|----|---|---|

入所・短期入所を希望の方のみお書きください

| | | |
|-----|---|------------------------|
| 退所後 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設に入所予定(施設名 <input type="checkbox"/> その他 | 入所日 年 月 日・申込済み) |
| 部屋 | 4人部屋・個室 | |
| 送迎 | 希望する 希望しない | 都合によっては送迎ができない場合もございます |

| | | | | |
|-------|------|----|----|----------|
| 家族の構成 | 氏名 | 続柄 | 職業 | 利用者様との同居 |
| | (歳) | | | 同居・別居 |
| | (歳) | | | 同居・別居 |
| | (歳) | | | 同居・別居 |
| | (歳) | | | 同居・別居 |
| | (歳) | | | 同居・別居 |

| | | | |
|---------|-----|----|---------|
| | 連絡先 | 続柄 | 電話番号 |
| 緊急時の連絡先 | 氏名 | | TEL/FAX |
| | 住所 | | 携帯 |
| | 氏名 | | TEL/FAX |
| | 住所 | | 携帯 |

自宅付近の地図をご記入ください

貴施設の利用規定ならびに説明事項を十分に理解し承しましたうえで貴施設に利用申し込みを致します。

年 月 日

お申込者名 ふりがな _____ 利用者様とのご関係 _____

ご住所 〒 _____ 電話 _____