

介護老人保健施設 昭和苑 利用申込書

申込日	R	年	月	日
-----	---	---	---	---

ご利用者	フリガナ		男・女	明・大・昭	
	氏名			年	月
	住所	〒		電話	
介護保険証		要介護度 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ 申請中			
負担限度額認定証		<input type="checkbox"/> あり (段階)		<input type="checkbox"/> なし	
負担割合証		<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割	
生活保護受給		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし	

申請者	フリガナ		男・女	利用者との 関係	
	氏名				
	住所	〒		電話	

申込理由	<input type="checkbox"/> 退院後の健康管理 <input type="checkbox"/> リハビリの継続 <input type="checkbox"/> 独居困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	退所後の 予定	<input type="checkbox"/> 自宅で介護 (同居・独居) <input type="checkbox"/> 施設申込済 () <input type="checkbox"/> 施設申込予定 ()

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 (独居・同居)	<input type="checkbox"/> 病院 月 日から	<input type="checkbox"/> 施設 年 月 から	<input type="checkbox"/> その他
	居宅介護支援事業所名	病院名	施設名	
	TEL	TEL	TEL	
	担当ケアマネ	担当者	担当者	

つか かけ 医 り	病院 (医院) 名	担当医	
--------------------	-------------	-----	--

【確認・同意事項】

本申込書内に記載した関係機関、関係者等と情報提供を行う事について

同意 (する ・ しない)

状況調査

家族状況	家族構成	生活歴
	※本人のご兄弟からご記入下さい ◎：本人 □：男性 ○女性	

現在利用しているサービス	種類	利用状況（頻度・曜日等）	事業所名
	デイサービス・デイケア		
	ホームヘルプサービス		
	配食サービス		
	ショートステイ		
	他：訪問看護、訪問リハビリ等		

主な既往歴	時期	病名	内容

緊急連絡先	氏名	続柄	年齢	同居の有無	電話番号
				同居・別居	
				同居・別居	

その他要望	
-------	--