

利用申込書(入所・短期入所・通所リハビリ)

年 月 日

利用者 (本人)	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
	氏名				年 月 日( )歳
	住所	〒 -			電話番号 ( ) -
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅:かかりつけ医( ) <input type="checkbox"/> 入院中:病院名 ( )期間( 年 月 日~ ) <input type="checkbox"/> 施設入所中:施設名( )期間( 年 月 日~ )				
保険種別	<input type="checkbox"/> 健康保健 ( 国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 有 ・ 無 )				
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 ・ 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中			認定日	年 月 日
				有効期間	年 月 日~ 年 月 日
居宅介護支援事業所	事業所名 : 担当ケアマネジャー名: 電話番号:( ) -				
連絡先①	ふりがな		続柄	自宅 :	
	氏名			携帯 : 勤務先名: 勤務先番号:	
	住所	〒 -			
連絡先②	ふりがな		続柄	自宅 :	
	氏名			携帯 : 勤務先名: 勤務先番号:	
	住所	〒 -			
家族構成	氏名	年齢	続柄	職業	
住宅環境	見取り図				
<input type="checkbox"/> 形態 一戸建て マンション 公営住宅 アパート 高齢者専用住宅					
<input type="checkbox"/> 居室 ( 階建て 階) エレベーター( 有 ・ 無 )					
<input type="checkbox"/> トイレ 和式 洋式 ポータブル 無					
<input type="checkbox"/> 浴室 有 ・ 無 銭湯 訪問入浴 通所サービス その他					
<input type="checkbox"/> 改修 有 ・ 無					
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅を希望 <input type="checkbox"/> 施設を希望 ( 申請: 済み ・ 未 ) 申請先施設名: <input type="checkbox"/> 自宅と施設入退所の繰り返し <input type="checkbox"/> その他				
* 入所希望のご利用者様のみご記入下さい					