

施設利用申込書（ご家族様記入用）

受付 令和 年 月 日

受付者

利用者 (本人)	フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭																									
	氏名			年 月 日(歳)																									
	住所	〒		電話・FAX																									
	要介護度	要介護 1・2・3・4・5		初回・区分変更・申請中																									
	認定年月日	H・R 年 月 日		認定有効期間	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日																								
申込者 (家族)	フリガナ			利用者との関係																									
	氏名																												
	住所	〒		電話・FAX	携帯																								
利用料 支払者	フリガナ			利用者との関係																									
	氏名																												
	住所	〒		電話・FAX	携帯																								
利用希望内容 1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月・3ヶ月以上 [] ※特別養護老人ホームへの申し込み: 未・済 申込施設名 []																													
希望居室 個室・4人部屋 (めぐみの里・ひまわりの里・あゆみの里) ※ひまわりの里は全室個室となります。																													
希望開始日 R 年 月 月上旬・中旬・下旬 ～ 年 月 月上旬・中旬・下旬 まで																													
《現在の状況》 1. 在宅 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 150px;">イ. かかりつけ医</td> <td>病院名 ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>診療科 ()科</td> <td>主治医()</td> </tr> <tr> <td>ロ. 現在通院治療中</td> <td>病院名 ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>電話番号 ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ハ. 治療していない</td> </tr> </table> 利用中の介護保険サービス <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>・訪問介護</td> <td>・訪問看護</td> <td>・短期入所(介護老人保健施設/特別養護老人ホーム)</td> <td>・訪問リハビリ</td> </tr> <tr> <td>・通所介護</td> <td>・通所リハビリ</td> <td>・福祉用具レンタル</td> <td>・配食サービス</td> </tr> </table> 居宅介護支援事業所名 () ケアマネジャー:							イ. かかりつけ医	病院名 ()			診療科 ()科	主治医()	ロ. 現在通院治療中	病院名 ()			電話番号 ()		ハ. 治療していない			・訪問介護	・訪問看護	・短期入所(介護老人保健施設/特別養護老人ホーム)	・訪問リハビリ	・通所介護	・通所リハビリ	・福祉用具レンタル	・配食サービス
イ. かかりつけ医	病院名 ()																												
	診療科 ()科	主治医()																											
ロ. 現在通院治療中	病院名 ()																												
	電話番号 ()																												
ハ. 治療していない																													
・訪問介護	・訪問看護	・短期入所(介護老人保健施設/特別養護老人ホーム)	・訪問リハビリ																										
・通所介護	・通所リハビリ	・福祉用具レンタル	・配食サービス																										
2. 入院中 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>病院名 ()</td> <td>病名 ()</td> </tr> <tr> <td>入院日 ()</td> <td>電話番号()</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">相談員:</td> </tr> </table>							病院名 ()	病名 ()	入院日 ()	電話番号()	相談員:																		
病院名 ()	病名 ()																												
入院日 ()	電話番号()																												
相談員:																													
3. 施設入所中 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>施設名 ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入所日 ()</td> <td>電話番号()</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">支援相談員:</td> </tr> </table>							施設名 ()		入所日 ()	電話番号()	支援相談員:																		
施設名 ()																													
入所日 ()	電話番号()																												
支援相談員:																													
既往歴 (発症日等、分かる範囲でご記入願います)				入院先病院名	病名	入院期間																							
経歴				趣味																									
在宅復帰に関する本人の希望				在宅復帰に関する家族の希望																									
				(面会状況:週 回程度)																									
施設入所後の過ごし方に関する本人の希望				施設入所後の過ごし方に関するご家族の希望																									
《制度の利用》 ・身体障害者手帳()級 ・被爆者健康手帳 ・ペースメーカー手帳 ・精神障害者手帳()級																													
主な収入 月(万円位) 負担限度額認定証 (段階) ・ 無																													