

ご利用申込書

受付年月日 令和 年 月 日

判定年月日 令和 年 月 日

利用希望サービス			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	長期入所	<input type="checkbox"/>	短期入所
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	グループホーム

ご利用希望者欄	ふりがな			明治・大正・昭和
	氏名	(男・女)		年 月 日 (歳)
	住所	〒		TEL
	保険証	後期・国保・社保・生保・他		障害者手帳 無・有〔 級〕
	介護認定	要支援	1・2	
要介護		1・2・3・4・5		H・R 年 月 日
		認定期間		申請中

ご利用を希望する理由	1. リハビリ〔日常生活の訓練〕 2. 介護者の休養 3. 介護者が一時的な用事 4. 家庭での介護が困難 5. その他 ()
ご希望の部屋	4人部屋 1人部屋(別途個室利用料あり) 特になし

申込書に関する連絡先	ふりがな	第一連絡	勤務先・自宅・携帯
		TEL	
住所		第二連絡	勤務先・自宅・携帯
		TEL	

ご家族の状況	利用者との続柄	氏名	同居の有無	利用者との続柄	氏名	同居の有無
			同・別			同・別
			同・別			同・別
			同・別			同・別

経済状況	国民年金・厚生年金・公務員年金・遺族年金・障害年金・共済年金 その他 ()・おおよその年金等月総額 (一ヶ月で約 円)	
現在の状況	1. 在宅〔家族と同居・夫婦のみ・1人暮らし〕 2. 入院:病院名 3. 通院 4. 他施設利用〔入所・通所〕:施設名	
趣味・嗜好	1日の過ごし方	
食べ物の好き嫌い		
行動心理症状	特になし・徘徊・大声・暴言・夜間不眠・暴力・奇声・異食 その他 ()	

ケアマネージャー	氏名	所属機関	TEL
----------	----	------	-----

受診している病院	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 薬のみ
----------	--

診断名 病歴等ご利用者の現在の身体状況をご記入ください。過去に大きな病気をした場合もご記入ください。