利用申込書

医療法人　愛仁会

介護老人保健施設　**亀 田 園 殿**　　平成　　年　　月　　日

申込者	フリガナ			男・女	続柄	職業・勤務先
	氏名					
	住所	〒				
	連絡先	自宅	(　　)　－	携帯	(　　)　－	

利用者	フリガナ		電話番号	(　　)　－	
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生（　　歳）		性別	男・女
	住所	〒			
	現在の状況	□ 自宅 □ 病院　（　　）病院　　年　　月　　日　入院 □ 施設　施設名（　　）　　年　　月　　日　から			
	現在のかかりつけ医	病院			
	居宅介護支援事業所		担当ケアマネージャー		
	介護保険	要介護度			
		1　2　3　4　5　支援1　支援2　申請中			
	介護保険負担割合	□ 1割　□ 2割			
	介護保険負担限度額認定	□ 無　□ 有　（ 第1段階　第2段階　第3段階 ）			
	被保険者番号		整理番号		
身元引受人（県内在住の方）					
氏名		続柄（　　）			
成年後見人					
氏名		続柄（　　）			

裏面もご記入お願いします

利用希望内容	希望理由 介護上の問題点 施設への要望	□ 他の人から勧められたから □ ホームページを見て □ リハビリをして、自宅に帰りたい □ 自宅で介護できる人がいない □ 施設に入所するまでの間利用したい □ 身体機能が低下しており、自宅での生活に支障がある □ 認知機能が低下しており、自宅での生活に支障がある □ 家の中の段差などの構造により、自宅での生活に支障がある □ 介護している人の精神的負担が大きい □ その他	
	利用希望サービス	□ 通所リハビリ	入浴　□ 希望する　□ 希望しない
		□ 短期入所	
		□ 入所	希望居室タイプ
			□ 個室　□ 多床室（ 2人・4人 ）□ どちらでもよい
			希望期間
			□ 3ヶ月未満　□ 3ヶ月～6ヶ月　□ 未定
			現在申請中の施設
			□老健　□ 特養　□ 療養型　□ その他（　　）

生活や介護についての意向（どのように過ごしたいか、どのような介護を希望するか等、ご記入下さい。）

本　人	
家　族	

家族状況・連絡先					
氏名	（連絡順）	続柄	年齢	職業	住所・電話番号
①					（　　）　－
②					（　　）　－
③					（　　）　－
④					（　　）　－
⑤					（　　）　－