

利用申込書

介護老人保健施設やすらぎ 宛

年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日	
利用者氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	
利用者住所	〒		TEL _____ FAX _____	
ふりがな				
申込者氏名				
申込者住所	〒		TEL _____ FAX _____	
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 入院中 病院名 _____ 入院日 ____/____/____ 3. 施設入所中 施設名 _____ 入所日 ____/____/____ 4. その他 (_____)			
家庭状況	1. 子と同居 2. 子以外の親族と同居 3. 夫婦のみの世帯 4. 独居 5. その他 (_____)			
経済状況	1. 年金 国民・厚生・共済・その他 (_____) 月額 (おおよそ _____ 円) 2. 生活保護 (_____ 福祉事務所 担当者 TEL _____)			
介護保険	暫定(申請中) ・ 要支援 (1・2) ・ 要介護 (1・2・3・4・5) 有効期限 令和 ____年 ____月 ____日まで			
手帳など	身体障害者手帳 (有・無) 療育手帳 (有・無) 精神障害者手帳 (有・無)		被爆者手帳 (有・無) その他 (_____)	
緊急連絡先 (携帯等)	1 氏名 ふりがな		続柄	TEL
			(歳)	携帯
				勤務先名 (TEL)
	2 氏名 ふりがな		続柄	TEL
			(歳)	携帯
				勤務先名 (TEL)
3 氏名 ふりがな		続柄	TEL	
		(歳)	携帯	
			勤務先名 (TEL)	
居宅介護 支援事業者	事業者名	TEL _____		担当者

貴施設の説明事項を十分理解し、了解のうえ利用申し込みをします。

< 申込者氏名 > _____ ㊟

※裏面の記入も忘れずをお願いします。

ご利用された場合の介護計画の参考とさせていただきます。以下の事項につきまして、
出来るだけ詳しくご記入頂きますようご協力よろしくお願ひします。

◎ 介護施設のご利用しようと考えた理由

(現在、医療機関等にご入院・入所中の方は、在宅生活が困難と思われる点についてご記入下さい。入浴・排泄等、日常生活でお困りなっている事柄をご記入下さい。)

.....

◎ 生活環境について(該当するものに○をつけて下さい)

住居について	一戸建て(自宅・借家)・文化マンション・その他() (階建て 階) エレベーター(有・無)	間取り
寝具	布団・ベッド(種類: 普通・電動・その他)	
トイレ	洋式 和式・ポータブルトイレ・その他()	
住宅改修	未・済(住宅改修済みの場合はその内容) ☆改修内容.....	
福祉用具	☆車椅子・歩行器・その他()	

◎ 医療状況

☆かかりつけ医(主治医) 1 _____ 病院(医院) _____ 科 _____ Dr
 ☆かかりつけ医(主治医) 2 _____ 病院(医院) _____ 科 _____ Dr

☆既往歴

1.病名	発症時期(年 月 日)	病院 手術(有・無)
	その後の病状	
2.病名	発症時期(年 月 日)	病院 手術(有・無)
	その後の病状	
3.病名	発症時期(年 月 日)	病院 手術(有・無)
	その後の病状	

◎嗜好品…… お酒 _____ タバコ(日/本) _____

◎施設利用にあたってご要望がございましたらご記入下さい。

.....

ご協力ありがとうございました。