

利用申込書

介護老人保健施設うらら

●希望サービス種類 ※チェックして下さい <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ				●受理日 ※この欄は施設で記入します 平成 年 月 日			
●利用者氏名 (男・女) フリガナ		生年月日		(明・大・昭) 年 月 日(才)			
〒		介護保険 認定期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
		要介護度		要支1・要支2・1・2・3・4・5			
住所		自宅電話番号		()			
●申込者氏名 (続柄:) フリガナ		生年月日		(明・大・昭) 年 月 日(才)			
〒		自宅電話番号		()			
		携帯電話番号		()			
住所		主介護者名					
		本人との関係		年齢 才			
●同居者の世帯状況							
氏名		続柄	職業	生年月日	連絡先		
				明・大・昭・平 年 月 日	()		
				明・大・昭・平 年 月 日	()		
				明・大・昭・平 年 月 日	()		
				明・大・昭・平 年 月 日	()		
●申し込み理由							
●本人の生活歴 ※わかる範囲で記入して下さい				●家族構成図 ※この欄は施設で記入します			
出生場所							
青年期の性格、学歴							
結婚歴(何年ごろ)		無・有(年頃)					
ご本人年金 月 円		長く勤めた仕事					
定年、老後の生活変化							
馴染みのある地域							
入院・入所歴		病院・施設名		年 月 日 ~ 年 月 日まで			
		病院・施設名		年 月 日 ~ 年 月 日まで			
		病院・施設名		年 月 日 ~ 年 月 日まで			
●その他							
趣味		性格		宗教	酒 (有・無) たばこ (有・無)		
本人の希望		家族の希望					
●現在の状況 ※記入して下さい							
<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名)		年 月より入院中		主治医)			
<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名)		年 月より入所中		主治医)			
<input type="checkbox"/> 在宅 (かかりつけ医)		病院・医院・クリニック 先生		(居宅介護支援事業所) (担当ケアマネージャー)			
●受診状況 ※現在受診している医療機関を記入して下さい ※入院,入所中の方も他科へ受診があれば記入して下さい							
・病院名()		科 期間()		毎()			
・病院名()		科 期間()		毎()			
・病院名()		科 期間()		毎()			
●現在利用中のサービス ※複数の場合もすべてチェックして下さい							
<input type="checkbox"/> 訪問診察 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所							
●入所後の予定 ※入所希望の方は記入して下さい							
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 高齢者住宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設							
他に申し込み施設があれば記入して下さい()							