

介護老人保健施設 利用申込書

ID _____

記入日	令和 年 月 日	希望サービス	長期入所 (個室・多床室) ・ 短期入所 ・ 通所				
① 利用者	フリガナ				生 年 月 日	性別	
	氏名				明治・大正・昭和 年 月 日 歳	男・女	
	住所	〒 _____ TEL ()					
② 申込者	フリガナ				生 年 月 日	性別	本人との続柄
	氏名				明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳	男・女	
	住所	〒 _____ TEL ()				職業	
③ 請求先	フリガナ				生 年 月 日	性別	本人との続柄
	氏名				明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳	男・女	
	住所	〒 _____ TEL ()				職業	
↓ ※請求先の方とは別住所の方でお願いします。							
④ 連帯保証者	フリガナ				生 年 月 日	性別	本人との続柄
	氏名				明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳	男・女	
	住所	〒 _____ TEL ()				職業	
緊急連絡先	氏名	続柄	居住状況	電話番号	順序	電話番号	順序
		歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 携帯		職場 備考	
		歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 携帯		職場 備考	
		歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 携帯		職場 備考	
		歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 携帯		職場 備考	
利用理由							
居宅介護	支援事業所名		担当 ケアマネージャー		電話番号		
主治医	病院(医院)名		主治医		電話番号		
介護保険	被保険者番号		保険者番号		要介護度	負担割合	
	認定日					不明・1割・2割・3割	
	有効期間	～			減額認定	申請中・有・無・不明	
	食費負担限度額				円		
	居住費負担限度額				円		

↓長期入所希望時のみ記入

退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅希望	<input type="checkbox"/> 施設希望だが まだ申し込んでいない	<input type="checkbox"/> 施設希望で すでに申込み済み	<input type="checkbox"/> その他 ()
申込み済み施設名 (老健・特養等)				
申し込み希望施設	提出先施設には☑を、同時申し込み希望施設には○をしてください。(複数可)			
	<input type="checkbox"/> シルバーケア鎌ヶ谷	<input type="checkbox"/> シルバーケア松戸	<input checked="" type="checkbox"/> まつど徳洲苑	
	<input type="checkbox"/> あきやまの郷	<input type="checkbox"/> しんかま	<input type="checkbox"/> シルバーケア常盤平	

【確認・同意事項】

利用申し込みにあたり、本申込書内に記載した関係機関、関係者等より個人情報の提供を受ける事及び連携を取り合うことについて同意致します。

インターネットホームページ及び広報誌等への行事写真等の公開・掲載を (同意する ・ 同意しない)
(施設によってHP、広報誌の有無があります)

氏名 _____

利用者氏名

おわかりになる範囲でかまいません。

出身		実家（職業、家柄など）		兄弟（ ）人兄弟の（ ）番目 [] 男性（ ）名・女性（ ）名		
結婚歴 有・無（ ）回 備考			子供 有・無 男性（ ）名・女性（ ）名 備考			
家族構成	氏名	続柄	年齢	居住状況	介護者に○	備考
			歳	同居・別居		
			歳	同居・別居		
			歳	同居・別居		
			歳	同居・別居		
			歳	同居・別居		
既往歴			入院・入所歴			
病名		年代or年齢	病院・施設名		年代or年齢	
現在の状況 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設		居宅事業所・病院・施設名 平成 令和 年 月 日～		担当者名		
生活・生育歴						
性格（交友関係・協調性なども）			趣味			
余暇の時間の過ごし方			嗜好	タバコ	吸う・吸わない	
				量	／日くらい	
				お酒	飲む・飲まない	
				量	／日くらい	
利用したことのある介護サービス（頻度・回数						

その他にかご希望などございましたらご記入下さい。