

# 利用申込書(入所/短期入所/通所リハビリ)

※介護予防含む

受付日 平成 年 月 日 ( )

ふりがな			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
利用者氏名			年齢	満 歳	性別	男・女
住所	〒 -		電話 ( ) -			
介護保険利用資格	新規申請中・更新中・区分変更中		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5	
	保険者	被保険者番号				
	認定年月日	平成 年 月 日	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
保険種別	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 利用者負担段階( 段階)					
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証		<input type="checkbox"/> 共済保険(本人・家族)			
	<input type="checkbox"/> 社会保険(本人・家族)		<input type="checkbox"/> 生活保護			
	<input type="checkbox"/> 国民保険(本人・家族)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(申請中・ 級)			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅(一人暮らし・夫婦で生活・家族と同居)					
	<input type="checkbox"/> 入院中( 病院/病名 )※ 年 月 日から入院中					
	<input type="checkbox"/> 入所中(老健 有料老人ホーム サービス付高齢者向け住宅 グループホーム その他) 施設名( )※ 年 月 日から入所中					
現病歴						
	内服薬 (有・無) 種類					
かかりつけ医療機関名		診療科目	科	主治医		
居宅介護支援事業所	事業所名:					
	担当ケアマネジャー:			電話 ( ) -		
利用目的	<input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 施設待機 <input type="checkbox"/> 心身状態 <input type="checkbox"/> 住宅環境					
	<input type="checkbox"/> 介護者理由					
	<input type="checkbox"/> その他( )					
退所予定先	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 他の家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設を希望( ) <input type="checkbox"/> その他( )					

ふりがな			続柄		
申込者氏名	Ⓜ				
申込者住所	〒 -		連絡先	自宅 ( ) -	
				携帯 ( ) -	
				職場 ( ) -	

## 利用希望欄

利用形態	<input type="checkbox"/> 入所	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ
------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

1.入所、短期入所利用でお申し込みをお考えの方 ※介護予防も含む

居室希望	<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 4人部屋	希望月/日	平成 年 月 日 頃
------	-----------------------------	-------------------------------	-------	------------

2.通所リハビリ利用でお申し込みをお考えの方 ※介護予防も含む

希望曜日	月・火・水・木・金・土				
送迎	希望する		希望しない		
	※送迎時に、車椅子のまま乗車しますか? 車椅子で乗車する ・ 車椅子で乗車しない				
入浴	希望する		希望しない		

備考欄/連絡事項等					
記入者名			医療法人 恵登久会	介護老人保健施設 美富士苑	