

# 利用申込書

介護老人保健施設甲府相川ケアセンター

特別養護老人ホームゆめみどり

特別養護老人ホーム和楽WARAKU

※申込者は可能な限りすべての項目を記入してください。

受付年月日:       年       月       日

検討年月日:       年       月       日

申込年月日:       年       月       日

ふりがな		性別	生年月日		
利用希望者 氏名		男・女	大正・昭和・平成 年       月       日       歳		
住所	〒	電話	(       )		
		携帯	(       )		
申込者 氏名	〒	続柄	電話	(       )	
			携帯	(       )	
住所	〒				
勤務先		電話	(       )		
住所	〒				

◎利用希望者の状況

利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 長期入所(入居)		<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)		<input type="checkbox"/> 通所(デイ)	
現住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療・介護施設(       ) <input type="checkbox"/> その他(       )					
主治医	無・有(病院名:       )		医師氏名:	(       )		電話 (       )
ケアマネ	無・有(事業所名:       )		担当者氏名:	(       )		電話 (       )
要支援・要介護区分	( 要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5 )					
介護保険負担限度額認定証	無・有( 第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階② )					
介護保険負担割合証	1割・2割・3割		身体障害者手帳	無・有(       種       級)		
視力	普通・弱視・全盲		日常生活	自分で可	一部介助	全介助
聴力	普通・やや難聴・難聴		食事			
言語	普通・少し不自由・不自由		入浴			
床ずれ	無・有(部位・程度)		排泄			
オムツ	無・有( 昼夜・夜のみ )		衣類着脱			
	(使用種類)		起座			
認知症	無・有( 軽度・中度・高度 )		歩行・移動	歩行手段( 歩行器・杖・車椅子・その他 )		
徘徊	無・有( 昼夜・昼のみ・夜のみ )					
傷病名/傷病暦・入院暦等			入所(入居)・通所希望の理由			
.....			.....			
.....			.....			
.....			.....			

◎緊急連絡先(申込者以外で、緊急時に連絡が可能な方を記入してください。)

氏名		続柄	電話	(       )	
			携帯	(       )	
住所	〒				
氏名		続柄	電話	(       )	
			携帯	(       )	
住所	〒				

特記事項: