

介護老人保健施設おおひら 利用申込書

施設長 梁 茂雄 殿

申込日： 年 月 日

申込者： 印

フリガナ			男女	明 大 昭 年 月 日 歳		
利用希望者						
現住所	〒		TEL - -			
フリガナ			続柄			
保証人 (身元引受人)	氏名		続柄			
	住所 〒		TEL - - 携帯 - -			
緊急連絡先	氏名	①	続柄	②	続柄	
	自宅電話					
	携帯電話					
家族状況	氏名	続柄	年齢	主介護者	家族構成	
経過			生活歴			
利用内容	入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ					
利用申込理由						
療養室の希望	多床室 ・ 個室		入所希望日	令和 年 月 日		
退所後の予定	自宅 ・ 他施設() その他() 未定					
現在の状況	自宅 ・ 病院 ・ 施設		施設名()			
かかりつけ医	病院() 医師()					
利用しているサービス	施設サービス ・ 居宅サービス(短期入所 通所介護 通所リハ 訪問介護) 訪問看護 訪問入浴 その他()					
居宅 ケアマネジャー	事業所	ケアマネジャー				
*介護保険 (コピー添付時 はご記入不要)	介護認定	申請中 要支援 要介護()		認定日	年 月 日	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	被保険者番号			保険者番号		
	負担限度額認定	なし / あり		有効期限	年 月 日	
障害者手帳	有 ・ 無					

★入所判定において必要な情報として、個人情報の取り扱いについて
注) 同意がない場合、入所判定が行えない事もありますのでご承知下さい。

同意します ・ 同意しません