

# 介護老人保健施設おおひら 利用申込書

施設長 梁 茂雄 殿

申込み受付日は当施設受け取り  
日時になりますのでご注意ください。

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		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			
	同居または、同一敷地内にお住いの方の記入をお願いします。							
経過	当所申込みまでの生活状況経緯などご記入ください。 (例)H〇年〇/〇、自宅玄関にて車椅子より転倒。〇〇病院へ救急搬送し右大腿骨骨折と診断。入院し〇/〇手術施行。その後リハビリの為現病院(現病棟)へ転院する。入院期日〇/〇となり申込みする。			生活歴	「生育歴」、「学歴」、「職歴」、「結婚歴」など記入 (例)〇〇市〇区にて7人姉妹の5女として生まれる。高校卒業後役所に勤めていた時、現在の夫と結婚一男をもうける。結婚後は子育てに専念し、専業主婦を務める			
利用内容	入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ							
利用申込理由	在宅復帰に向けた具体的な理由を記入してください。 (例)日中介護者不在の為、トイレや食事など日常動作の自立。身体機能の維持・向上のためのリハビリ施行など							
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		現時点でお考えの、将来的な生活の場をお答えください。 注)特養希望待機では伺えない事が有ります。					
現在の状況	自宅 ・ 病院 ・ 施設							
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 (コピー添付時はお記入不要)	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		負担限度額認定を受けてる場合や申請予定がある場合は記入してください。					

★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 同意します / 同意しません  
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。必ず記入をお願いします。