

利用申込書

医療法人恕風会

介護老人保健施設 施設長

申込日 令和 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名	男・女 印	明治 大正 昭和	年	月	日(歳)
	〒 () 住所		電話番号 ()			
要介護認定	いずれかに○をしてください。 未済 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5					
保険者番号					保険者名	
被保険者番号					有効期限	年 月 日
現在の 居住 場所	在宅					
	病院					入院期間 ()
	施設					入所期間 ()
身元引受人 続柄 ()	ふりがな 氏名	男・女 印	明治 大正 昭和	年	月	日(歳)
	〒 () 住所		電話番号 ()			
家族の状況	独居・夫婦のみ・子供と同居・その他()					
利用種類	① 一般入所 居室種類…(個室希望・多床室希望・どちらでも良い)					
	② 短期入所療養介護 居室種類…(個室希望・多床室希望・どちらでも良い)					
	③ 通所リハビリテーション					
入所希望時期	① 今すぐ入所希望		② 3ヶ月以内入所希望			
	③ 1年以内入所希望		④ 当面の間、入所希望しません			
他の施設の利用申込状況	有 () 無 ()					
在宅サービス利用状況	有 () 無 ()					
ケアマネージャー						
申込理由 及び 希望 (本人・家族)						

自己申告書

利用者名	
------	--

※家族構成(利用者[本人]を中心に配偶者、息子、娘、孫など詳しく)

氏名	性別	続柄	生年月日	職業	備考
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		

※制度利用状況

年	<input type="checkbox"/>	老齢関係 ()	<input type="checkbox"/>	恩給
	<input type="checkbox"/>	障害関係 ()	<input type="checkbox"/>	特別障害者手当
金	<input type="checkbox"/>	遺族・寡婦 ()	<input type="checkbox"/>	生活保護
	<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療保険	<input type="checkbox"/>	政管健保
健康	<input type="checkbox"/>	国保	<input type="checkbox"/>	日雇い
保	<input type="checkbox"/>	組合健保	<input type="checkbox"/>	地方共済
険	<input type="checkbox"/>	国公共済	<input type="checkbox"/>	船員
	<input type="checkbox"/>	私立学校共済	<input type="checkbox"/>	労災保険 ()

※住居等状況

ア	<input type="checkbox"/>	1戸建て	<input type="checkbox"/>	集合住宅・賃貸・所有・給与住宅・その他()
イ	<input type="checkbox"/>	平屋建て	<input type="checkbox"/>	() 階建て <input type="checkbox"/> 集合住宅の()階
【居室内】				
ア	<input type="checkbox"/>	専用居室あり	<input type="checkbox"/>	専用居室なし
イ	<input type="checkbox"/>	1階	<input type="checkbox"/>	2階 <input type="checkbox"/> その他 ()階 ⇒ エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ウ	<input type="checkbox"/>	布団	<input type="checkbox"/>	ベッド ⇒ <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> ギャッジ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> その他 ()
【トイレ】				
ア	<input type="checkbox"/>	和式	<input type="checkbox"/>	洋式 <input type="checkbox"/> その他 () 手摺り <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
【浴室】				
ア	<input type="checkbox"/>	自宅あり	<input type="checkbox"/>	自宅なし 手摺り <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※個人情報の利用の同意について

ご記入いただきました個人情報に関し、施設サービスをご提供させて頂く場合に利用いたします。
又、他の事業所等との連携及び情報提供、照会への回答を求める際に利用させていただきます。

- 個人情報の使用に関し同意します。
- 個人情報の使用に関し同意しません。

(同意者氏名) _____ (印)

(本人との続柄) ()