

介護老人保健施設『高田の郷』利用申込書

平成 年 月 日

申込書受付日	平成 年 月 日	受付者	介護
入所判定会議開催日	平成 年 月 日		予防
入所利用日	平成 年 月 日		

申込者 氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____
 住 所 〒 _____
 連絡先 自宅 電話 (_____) 携帯電話 _____
 勤務先 (_____) 呼出 (内線 _____)

利用者様	フリガナ					
	氏 名					
	住 所	〒 _____				
	生 年 月 日	明治 大正 昭和 _____ 年 (西暦 _____ 年) 月 日 (_____ 才)				
	連 絡 先	電 話 (_____)				
利用ご希望内容		1 入所 (_____ ヶ月) 2 短期入所【 介護 予防 】(_____ 日位) 3 通所リハビリ【 介護 予防 】(週 _____ 日位：曜日の希望 _____)				
ご希望の動機・事情・理由など						
施設に対するご要望やご希望						
現在の状況		1 自宅で療養中 (主な介護者ご氏名 _____ 続柄 _____) かかりつけ医 (_____) 2 病院に入院中 (病院名 _____ 年 月 日より入院) 3 福祉施設等に入所中 (施設名 _____ 年 月 日より入所) 4 その他 _____				
認定状況		要介護度 (経過 1 2 3 4 5) 予防 (要支援1 要支援2) 認定期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日				
担当居宅介護支援専門員		支援事業所【 _____ 】 担当者名 _____ 連絡先 電話 (_____) FAX (_____)				
ご家族の状況 ※おひとり暮らしの方や高齢者二人暮らしの方については子供様も記載して下さい。		氏 名	続柄	年齢	勤 務 先	同居別居に○
						同居 別居
						同居 別居
						同居 別居
						同居 別居
退所後の生活 (予定)		1 自宅で療養 2 福祉施設への入所 (施設名 _____ 申請時期 _____ 年 月) 3 福祉施設入所申込みは未申請 4 その他 _____				
担当介護支援専門員からの意見等						