

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

※申込者は枠内を全て記入してください。

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		男 ・ 女	生年月日		
利用希望者 氏名			明治	・ 大正	・ 昭和
住所	〒	電話	()		
		携帯	()		

申込者 氏名		⑩	続柄	
住所	〒	電話	()	
		携帯	()	
勤務先	〒	住所	〒	
		電話	()	

◎利用希望者の状況

利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 長期入所	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)	<input type="checkbox"/> 通所(デイ)
現在の住まい	<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:)	電話	()
	無・有(主治医氏名:)		
担当居宅介護支援事業所	無・有()		
担当ケアマネージャー氏名	無・有()		
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)		
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 見守り
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	
認知症の程度	無・有(軽度・中度・高度)	歩行・移動	
徘徊	無・有(昼夜・昼のみ・夜のみ)		歩行手段(歩行器・杖・車椅子・その他)
傷病名/傷病暦・入院暦 等		入所・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	
住所	〒	電話	()
		携帯	()
氏名		続柄	
住所	〒	電話	()
		携帯	()

特記事項: