

介護老人保健施設 利用申込書

ID

記入日	平成 年 月 日	希望サービス	長期入所(個室・多床室)・短期入所・通所		
①利用者	フリガナ		生 年 月 日		性別
	氏名		明治・大正・昭和 年 月 日 歳		男・女
	住所	〒 ()			TEL ()
②申込者	フリガナ		生 年 月 日		性別 本人との続柄
	氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳	男・女	
	住所	〒 ()			TEL ()
③請求先	フリガナ		生 年 月 日		性別 本人との続柄
	氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳	男・女	
	住所	〒 ()			TEL ()
↓※請求先の方とは別住所の方でお願いします。					
④ 連 帯 保 証 者	フリガナ		生 年 月 日		性別 本人との続柄
	氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳	男・女	
	住所	〒 ()			TEL ()

緊急連絡先	氏名	続柄	居住状況	電話番号	順序	電話番号	順序
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 携帯		職場 備考
		歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 携帯		職場 備考	
		歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 携帯		職場 備考	
		歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 携帯		職場 備考	

利用理由					
居宅介護	支援事業所名		担当 ケアマネジャー		電話番号
主治医	病院(医院)名		主治医		電話番号
介護保険	被保険者番号		保険者番号	要介護度	申請中・有・無・不明
	認定日				減額認定 食費負担限度額 円
	有効期間	～			居住費負担限度額 円
備考					

↓長期入所希望時のみ記入

退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅希望 <input type="checkbox"/> 施設希望だがまだ申し込んでいない <input type="checkbox"/> 施設希望ですでに申込み済み <input type="checkbox"/> その他 ()				
申込み済み施設名 (老健・特養等)					
申し込み希望施設	提出先施設には☑を、同時申し込み希望施設には○をしてください。(複数可) <input type="checkbox"/> シルバーケア鎌ヶ谷 <input type="checkbox"/> シルバーケア松戸 <input type="checkbox"/> まつど徳洲苑 <input type="checkbox"/> あきやまの郷 <input type="checkbox"/> しんかま <input type="checkbox"/> シルバーケア常盤平				

【確認・同意事項】

利用申し込みにあたり、本申込書内に記載した関係機関、関係者等より個人情報の提供を受ける事及び連携を取り合うことについて同意致します。

インターネットホームページ及び広報誌等への行事写真等の公開・掲載を (同意する ・ 同意しない)
 (施設によってHP、広報誌の有無があります) 氏名

※本書式を提出しただけでは申し込みとなりません。必ず入所相談のため施設に連絡、ご来所ください。

利用者氏名 _____

おわかりになる範囲でかまいません。

出身		実家（職業、家柄など）		兄弟（ ）人兄弟の（ ）番目 [] 男性（ ）名・女性（ ）名		
結婚歴 有・無（ ）回			子供 有・無 男性（ ）名・女性（ ）名			
備考			備考			
家族構成	氏名	続柄	年齢	居住状況	介護者に○	備考
			歳	同居・別居		
			歳	同居・別居		
			歳	同居・別居		
			歳	同居・別居		
			歳	同居・別居		
既往歴			入院・入所歴			
病名		年代or年齢		病院・施設名		年代or年齢
現在の状況 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設		居宅事業所・病院・施設名 平成 年 月 日～		担当者名		
生活・生育歴						
性格（交友関係・協調性なども）			趣味			
余暇の時間の過ごし方			嗜好	タバコ	吸う・吸わない	量 /日くらい
				お酒	飲む・飲まない	量 /日くらい
利用したことのある介護サービス（頻度・回数						

その他にかご希望などございましたらご記入下さい。

※本書式を提出しただけでは申し込みとなりません。必ず入所相談のため施設に連絡、ご来所ください。

介護老人保健施設 利用申込書

ID _____

記入日	平成 ** 年 * 月 * 日		希望サービス	・ 長期入所(個室・ 多床室) ・ 短期入所 ・ 通所		
① 利用者	フリガナ	マツド タロウ		生 年 月 日		性別
	氏名	松戸 太郎		(明治・大正・昭和 ** 年 * 月 * 日 ** 歳)		男・女
	住所	〒 273- 松戸市串崎新田172番地の1 Tel 047 (...)				
② 申込者	フリガナ	マツド フサコ		生 年 月 日		性別 本人との続柄
	氏名	松戸 房子		(明治・大正・昭和・平成 ** 年 * 月 * 日 ** 歳)		男・女 長男の嫁
	住所	〒 273- Tel 047 (...) ①と同じ				
③ 請求先	フリガナ	マツド トオル		生 年 月 日		性別 本人との続柄
	氏名	松戸 透		(明治・大正・昭和・平成 ** 年 * 月 * 日 ** 歳)		男・女 長男
	住所	〒 273- Tel 047 (...) ①と同じ				
↓※請求先の方とは別住所の方でお願いします。						
④ 連帯保証者	フリガナ	カマガヤ ナツミ		生 年 月 日		性別 本人との続柄
	氏名	鎌ヶ谷 夏美		(明治・大正・昭和・平成 ** 年 * 月 * 日 ** 歳)		男・女 長女
	住所	〒 273- Tel 047 (...) 鎌ヶ谷市初富125番地の1				
緊急連絡先	氏名	続柄	居住状況	電話番号	順序	電話番号
	松戸 房子	長男嫁 ・ ・ 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 047- ... - 携帯 090- -	① 職場	
	〃 〃 透	長男 ・ ・ 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅 047- ... - 携帯 090- -	② 備考	月・水パート
	鎌ヶ谷 夏美	長女 ・ ・ 歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	自宅 携帯 080- -	③ 備考	03- - 8時~18時 職場
	〃 〃 誠	長女夫 ・ ・ 歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	自宅 047- ... - 携帯 070- -	④ 備考	
利用理由	同居していたが脳梗塞により介護が必要となってしまったが昼間は一人になってしまい介護ができないため。					
居宅介護	支援事業所名	<input type="radio"/> △ <input type="radio"/> □居宅支援事業所	担当 ケアマネージャー	<input type="radio"/> □ <input type="radio"/> CM	電話番号	047- ... -
主治医	病院(医院)名	<input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇医院	主治医	△△□医師	電話番号	047- ... -
介護保険	被保険者番号	保険者番号	要介護度	申請中・ <input checked="" type="radio"/> 有・無・不明		
	* * * * *	* * * * *	要介護4	減額認定	食費負担限度額	390 円
	認定日	平成20年2月7日			居住費負担限度額	320 円
	有効期間	平成20年3月1日 ~ 平成22年2月28日		備考		

↓長期入所希望時のみ記入

退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅希望 <input type="checkbox"/> 施設希望だがまだ申し込んでいない <input checked="" type="checkbox"/> 施設希望ですすでに申込み済み <input type="checkbox"/> その他 ()					
申込み済み施設名	老健 <input type="radio"/> 〇 <input type="radio"/> □ <input type="radio"/> △ 老健 <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/> 〇 (老健・特養等) 特養 <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/> △ 老健 <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/> 〇					
申し込み希望施設	提出先施設には <input checked="" type="checkbox"/> を、同時申し込み希望施設には○をしてください。(複数可) <input type="checkbox"/> シルバーケア鎌ヶ谷 <input checked="" type="checkbox"/> シルバーケア松戸 <input type="checkbox"/> まつど徳洲苑 <input type="checkbox"/> あきやまの郷 <input type="checkbox"/> しんかま <input type="checkbox"/> シルバーケア常盤平					

【確認・同意事項】

利用申し込みにあたり、本申込書内に記載した関係機関、関係者等より個人情報の提供を受ける事及び連携を取り合うことについて同意致します。
 インターネットホームページ及び広報誌等への行事写真等の公開・掲載を (同意する ・ 同意しない)
 (施設によってHP、広報誌の有無があります)

氏名 松戸 房子

おわかりになる範囲でかまいません。

出身 長野県	実家（職業、家柄など） 農家	兄弟（6）人兄弟の（4）番目 [長男] 男性（ 2 ）名・女性（ 4 ）名				
結婚歴 <input checked="" type="radio"/> 有・無（ 1 ）回	子供 <input checked="" type="radio"/> 有・無 男性（ 1 ）名・女性（ 2 ）名					
備考	備考					
家族構成	氏名	続柄	年齢	居住状況	介護者に○	備考
	松戸 花子	妻	** 歳	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	○	無職 腰痛あり
	〃 〃 透	長男	** 歳	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居		会社員 土・日・祝日休み
	〃 〃 房子	長男嫁	** 歳	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	○	パート 月・水パート
	〃 〃 武史	孫	** 歳	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居		会社員
	〃 〃 裕子	孫	** 歳	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居		学生
			歳	同居・別居		
既往歴				入院・入所歴		
病名		年代or年齢		病院・施設名		年代or年齢
糖尿病		60歳頃		〇〇病院		入院 H17.7.4
くも膜下出血		H17年				退院 H17.8.5
けいれん		2010年		介護老人保健施設△△		入所 H18.12月頃
						退所 H20.6月頃
				介護老人保健施設□△○		入所 H20.6月頃
現在の状況		居宅事業所・病院・施設名			担当者名	
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 施設		介護老人保健施設□△○ 平成 20 年 6 月 1 日～			〇△相談員	
生活・生育歴						
大正〇〇年、長野県の農家に6人兄弟の4番目で長男として生まれる。最終学歴は尋常小学校卒業。						
卒業後は実家の農業を手伝う。昭和〇〇年頃妻と結婚し1男2女をもうける。戦争出兵のため〇△へ行き、						
終戦後は帰国し、千葉県に移住し雑貨店を経営する。特に主だった病気もなく老後を迎え、60歳になり						
船橋市内に住む長男家族と同居を始めるがH17年にくも膜下出血を発症し〇〇病院に入院し一か月ほどで						
退院する。自宅でデイサービスなども利用して生活するがH18年頃から介護量も大きくなり12月頃に						
老健△△に入所し、H20年6月頃に老健□△○に移り現在に至る。妻は2年ほど前に他界しています。						
性格（交友関係・協調性なども）				趣味		
温和で自分からはあまり話しかけないが人から話しかけられると話をする。				短歌や民謡を昔はしていた。		
余暇の時間の過ごし方				嗜好		
読書をしたりテレビをみたりしている。				タバコ	吸う・ <input checked="" type="radio"/> 吸わない	量 /日くらい
				お酒	飲む・ <input checked="" type="radio"/> 飲まない	量 /日くらい
				その他・備考 60代でたばこをやめた。		
利用したことのある介護サービス（頻度・回数等も）						
デイサービス 週3日 ホームヘルパー 週1日 ショートステイ 月3～4泊						

その他なにかご希望などございましたらご記入下さい。

リハビリを希望しているのでなるべく車いすではなく歩くようにしてください。