

介護老人保健施設 のむぎ 利用申込書

◆太枠内のみご記入ください

申込日 年 月 日

【申込者（連絡先）】※利用希望者ではなく申し込みに来られた方

申込者 氏名		続柄	
申込者 住所	〒 - -	TEL - -	携帯 - -
	(勤務先)	TEL - -	-

希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア） <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（ショートステイ）		
利用時期	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃から利用希望 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
現在お困りなこと等			
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
他施設等への 申込状況	すでに申し込んで <input type="checkbox"/> いる(下記へ施設名・申し込み時期をご記入ください) <input type="checkbox"/> いない 施設名() 申し込み時期(年 月)		

担当ケアマネジャー:氏名	事業所名	TEL ()
--------------	------	---------

利用希望者の状況	フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()			
	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (満 歳)				
	現住所 〒 - -	TEL ()				
	職歴:	趣味:		生きがい:		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 利用希望者は当サービスの利用を <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない				
	介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない				
	家族状況	氏名	年齢	続柄	同居 別居	備考(緊急時の対応可否等)
※当施設利用時の他医療機関の受診(緊急時含む)は、原則ご家族対応となっております。ご協力お願い致します。						
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 通所サービス(事業所名:) 週 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護(事業所名:) 週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(事業所名:) 週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ(事業所名:) 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (事業所名:) <input type="checkbox"/> サービスを利用していない					

※施設記入欄 その他情報元:

