

利用申込書

申込日：平成 年 月 日

ご利用者	ふりがな		性別	生年月日	年齢			
	氏名		男・女	M・T・S 年 月 日	歳			
	住所	〒		電話 () -				
お申込者	ふりがな		利用者との続柄	勤務先及び電話番号				
	氏名			〔 〕 電話 () -				
	住所	〒		電話 () -				
緊急連絡先	氏名		住所		続柄	電話番号 (携帯電話など)		
	①		〒					
	②		〒					
	③		〒					
認定介護度		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
居宅支援事業所		事業所名 担当者 (電話 - -)		介護保険有効期日 平成 年 月 日				
あてはまるものの番号に○印をつけて下さい。								
①	ご希望の利用内容はどれですか？ 1.入所 2.短期入所療養介護 (ショートステイ) 3.通所リハビリ (デイケア) 4.訪問リハビリ							
②	現在はどうにお過ごしですか？ 入院・入所先 (電話 - -) 1. 自宅生活 2. 入院中 (医療機関名) 3. 入所中 (施設名)							
③	過去3ヶ月以内に介護老人保健施設に入所していたことがありますか？ 1. いいえ 2. はい (施設名 入所期間)							
④	介助が必要な項目はどれですか？ (該当するもの全てに○印をつけて下さい。) 1. 移動 2. 食事 3. 排泄 4. 入浴 5. 着替え 6. 身だしなみ							
⑤	車椅子を使用していますか？ 1. いいえ 2. はい (a. 自分で操作できる b. 自分で操作できない)							
⑥	おむつを使用していますか？ 1. いいえ 2. はい (a. 夜間 b. 常時)				⑦	床ずれはありますか？ 1. いいえ 2. はい (部位)		
⑧	寝返りはできますか？ 1. いいえ 2. はい		⑨	物忘れや徘徊、話が通じないなどの症状はありますか？ 1. いいえ 2. はい (いつごろから)				
《 ご利用の理由をご記入して下さい 》								
《 ご利用後はどのようにお考えですか 》								