

介護老人保健施設ケアセンターかんど利用申込書

年 月 日

利用希望者	フリガナ				性別	生年 月日	西暦		
	氏名	(印)			☐ 男性 ☐ 女性		年 月 日 (満 歳)		
	住所	〒 —				電話 番号	() —		
希望されるサービスの種類		☐ 施設入所 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 通所リハビリテーション 利用期間の希望 (年 月 日 ~ 年 月 日)							
希望部屋の種類		☐ 個室 ☐ 多床室 ☐ 部屋の種類を問わない ※認知症専門棟は個室のみ							
介護保険		保険者				被保険者番号			
		【 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 申請中							
		負担限度額段階				負担割合			
居宅介護支援事業者		事業所名				担当ケアマネージャー			
かかりつけの病院						緊急搬送先病院			
家族および関係者構成	氏名	生年月日	続柄	同・別居	【本人の病歴】 いつ頃どのような病気や治療をされましたか？				
				同・別					
				同・別					
				同・別					
				同・別					
				同・別					
				同・別					
				同・別					
				同・別					
				同・別					
緊急連絡先・身元引受人	緊急連絡先① ☐	氏名:			緊急連絡先② ☐	氏名:			
		続柄:				続柄:			
		住所:				住所:			
		電話番号:				電話番号:			
	緊急連絡先③ ☐	氏名:			身元引受人	氏名:			
		続柄:				続柄:			
		住所:				住所:			
		電話番号:				電話番号:			

※緊急連絡先の方が身元引受人の場合は、緊急連絡先欄下の口に✓の記入をお願いします。

プレ・インタビュー・シート

これは当施設(介護老人保健施設ケアセンターかんど)のご利用を希望される皆様に、より適切なサービスを提供することができるよう、ご要望などをお伺いするための用紙です。

ご本人、主に介護をされている(今後、介護を予定されている)方、ご親族などの皆さまともよくご相談をなさってください。そのうえで率直なお考えをお書きください。そして次回の面接日にお持ちください。事前にお送りいただいても結構です。

【サービスの利用目的】

サービス利用をご希望されるのは、どのような目的ですか？該当するものすべてに○印をつけてください。また、入所を申し込みされる理由として、特に伝えておきたいことがあれば、具体的に記述欄にお書きください

ご本人

- 1, 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい
- 2, その支障は、身体機能に困難な事があるから
- 3, その支障は、認知機能に困難な事があるから
- 4, その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから
- 5, その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから
- 6, ひとつふたつではなく、いろいろな理由から
- 7, ほかに人から勧められたから
- 8, とにかく在宅での生活が無理だから
- 9, その他(

【サービスを利用の希望と目標】

ご家族

- 1, 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい
- 2, その支障は、身体機能に困難な事があるから
- 3, その支障は、認知機能に困難な事があるから
- 4, その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから
- 5, その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから
- 6, ひとつふたつではなく、いろいろな理由から
- 7, ほかに人から勧められたから
- 8, とにかく在宅での生活が無理だから
- 9, その他(

【サービスを利用の希望と目標】