

介護老人保健施設ケアセンターかんど利用申込書

平成 年 月 日

利用希望者	フリガナ				生年	M・T・S
	氏名	(印)			月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	〒			電話 番号	() -
希望されるサービスの種類	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション 上記サービスの利用を希望します。また私に関する必要な個人情報の取得に同意します。					
希望理由または介護やリハビリに関する希望事項	* 短期集中リハビリ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
希望部屋の種類	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 部屋の種類を問わない ※認知症専門棟は個室のみ					
介護保険要介護認定	【 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					
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						
家族および関係者構成	氏名	年齢	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？	
	<input type="checkbox"/>			同・別		
	<input type="checkbox"/>			同・別		
	<input type="checkbox"/>			同・別		
	<input type="checkbox"/>			同・別		
	<input type="checkbox"/>			同・別		
	<input type="checkbox"/>			同・別		
	<input type="checkbox"/>			同・別		
	<input type="checkbox"/>			同・別		
現在の状況 (○をして下さい。)	自宅 病院入院中 施設入所中 入院・入所先 期間 ~					
今後の方針 (○をして下さい。)	自宅 施設(申し込み先)					
	ご本人の方針・希望					
	ご家族の方針・希望					
連絡先	氏名	住所			電話番号 () -	
身元引受人	氏名	住所			電話番号 () -	

※全てご記入ください

平成 年 月 日受付