

利用申込書

社会医療法人 愛仁会

介護老人保健施設 亀田園 殿

年 月 日

申込者	フリガナ				続柄	職業・勤務先
	氏名					
	住所	〒				
	連絡先	自宅	()	-	携帯	()

利用者	フリガナ				電話番号	()	-
	氏名						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (歳)	性別	男・女
	住所	〒					
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 () 病院 年 月 日 入院 <input type="checkbox"/> 施設 施設名 () 年 月 日 から					
	現在のかかりつけ医	病院					
	居宅介護支援事業所				担当ケアマネージャー		
	介護保険	要介護度					
		1	2	3	4	5	支援1 支援2 申請中
	介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割					
	介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (第1段階 第2段階 第3段階)					
	被保険者番号				整理番号		
	身元引受人 (県内在住の方)						
氏名						続柄 ()	
成年後見人							
氏名						続柄 ()	

裏面もご記入をお願いします

利用希望内容	希望理由 介護上の問題点 施設への要望		<input type="checkbox"/> 他の人から勧められたから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> リハビリをして、自宅に帰りたい <input type="checkbox"/> 自宅で介護できる人がいない <input type="checkbox"/> 施設に入所するまでの間利用したい <input type="checkbox"/> 身体機能が低下しており、自宅での生活に支障がある <input type="checkbox"/> 認知機能が低下しており、自宅での生活に支障がある <input type="checkbox"/> 家の中の段差などの構造により、自宅での生活に支障がある <input type="checkbox"/> 介護している人の精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ		入浴 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
	<input type="checkbox"/> 短期入所				
	<input type="checkbox"/> 入所	希望居室タイプ			
		<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室（2人・4人） <input type="checkbox"/> どちらでもよい			
		希望期間			
<input type="checkbox"/> 3ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 3ヶ月～6ヶ月 <input type="checkbox"/> 未定					
現在申請中の施設					
<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他（ ）					

生活や介護についての意向（どのように過ごしたいか、どのような介護を希望するか等、ご記入下さい。）

本人	
家族	

家族状況・連絡先						
	氏名	(連絡順)	続柄	年齢	職業	住所・電話番号
①						() -
②						() -
③						() -
④						() -
⑤						() -