

## 利用申込書（一般・短期・通所）

平成      年      月      日

ふりがな		男	M・T・S	年	月	日	歳
利用希望者 氏名		・ 女	要介護度	1	2	3	4 5
住 所	〒  ☎						
ふりがな		利用希望者との続柄					
身元引受人 氏名	印						
住 所	〒  ☎						
緊 急 時 連 絡 先 (自宅以外)	氏名	勤務先・自宅住所					
	本人との続柄	☎					
	氏名	勤務先・自宅住所					
	本人との続柄	☎					

※ 緊急時連絡者はご家族と連絡が取れない場合、御家族代わりになってくださる方かご家族と連絡の取れる方をお願いいたします。

家 族 構 成			当てはまる項目に○をつけてください					利用料 請求先	職業（勤務先）
氏 名	年齢	続柄	世帯主	介護者	保証人	同居			
療養室の希望			<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 2人部屋	<input type="checkbox"/> 4人部屋				
身体障害者手帳	有 ・ 無		等級：	種	級	障害名称：			
			交付日：	年	月	日			

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 : 主な介護者は誰ですか ( ) <input type="checkbox"/> 入院中 : 病院・科名 ( ) 入所月日 ( ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 : 施設名 ( ) 入所月日 ( ) <input type="checkbox"/> 外来通院中 : 現在かかっているすべての病院名を記入してください。 病院・科名 ( ) ( ) ( )
在宅福祉サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問診療 : 週・月 / 回 どの ( ) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルパー) : 週・月 / 回 どの ( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護サービス : 週・月 / 回 どの ( ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション : 週・月 / 回 どの ( ) <input type="checkbox"/> 巡回入浴 : 週・月 / 回 どの ( ) <input type="checkbox"/> 住宅改造 : 改造箇所 ( ) <input type="checkbox"/> デイサービス : 週・月 / 回 どの ( ) <input type="checkbox"/> ショートステイ (短期入所) : 年 月 日 入所先 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
性 格	<input type="checkbox"/> ほがらか <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 我慢強い <input type="checkbox"/> 人にとけこまない <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多く <input type="checkbox"/> 融通がきかない <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 自分のことを気にする <input type="checkbox"/> その他 ( )
趣味・特技	
好き嫌い (嗜好品)	好きな食べ物 ( ) 嫌いな食べ物 ( ) <input type="checkbox"/> たばこ 1日 本 <input type="checkbox"/> お酒 位
生 活 歴	出身地 ( ) 職歴 ( )
利用の理由	<input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> 日中介護者不在 <input type="checkbox"/> 生活リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ( ) 本人は <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない 家族は
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅に帰る予定 …主な介護者 ( ) <input type="checkbox"/> 他施設に入所希望 ( 申請済み これから申請 ) 施設の種類 ( ) 申請年月日 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )