

介護老人保健施設 杏園 利用者申込書

受付日	担当者
-----	-----

利用希望者氏名	フリガナ	男女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
住所	〒 TEL ()			
申込者氏名	フリガナ	印	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 続柄
住所	〒 TEL ()			
連絡先	〒 TEL ()			

1、利用について（希望するサービスに○を付けて下さい）

- ① 入所 希望（希望期間 年 月 日 ~ 年 月 日）
 - ② 短期入所療養介護 希望
 - ③ 通所リハビリ 希望（月・火・水・木・金・土・日）
- 入浴希望（有り・無し）
送迎希望（有り・無し）

2、利用理由

3、家族構成

氏名	生年月日	年齢	世帯主との続柄	職業(勤務先)
			世帯主	

3、近親者

保証人 予定者 氏名 別世帯	フリガナ	続柄	住所・電話	〒 TEL
-------------------------	------	----	-------	----------

4. 現在の要介護状態区分（介護度）

要介護状態区分【 要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 】
認定の有効期間 【 R 年 月 日 ～ R 年 月 日 】

5. 現在の居場所

- ① 自宅で生活 ・担当ケアマネージャーと事業所の名前を教えてください
ケアマネージャー【 】
事業所名【 】
・現在利用しているサービスはありますか？
【 】
・主な介護者は誰ですか？【 】
- ② 入院中 ・病院名【 】・科名【 】
・病名【 】・入院年月日【 年 月 日】
- ③ 施設入所中 ・施設名【 】
・利用期間【 年 月 日 ～ 年 月 日】
- ④ その他【 】

6. 現在、通院加療している病院名と診療科名を全て記入して下さい。（歯科も含みます）

- ① 病院名【 】 診療科名【 】
② 病院名【 】 診療科名【 】
③ 病院名【 】 診療科名【 】

7. 退所後について

- ① 自宅に帰ることができる
② 施設に入所する【 ア、申請済み（施設名： ）イ、これから申請する 】
③ わからない
④ その他

8. 自宅に帰る場合、心配なこと、問題となること

9. 杏園利用にあたっての要望事項

- ① 家族、本人が施設および職員に希望すること（介護上の注意点も含む）
② 利用者の性格、趣味、特技
③ その他

10. 料金の支払い者

- ① 本人 ② 保護者 ③ 保証人 ④ その他（ ）