

利用申込書

介護老人保健施設 やまゆりの園

年 月 日

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------------|--------------|-------|
| 利用者 | フリガナ 氏 名 | | 男・女 | 生年月日 (年齢) | () 才 |
| | 住 所 | 〒 TEL | | | |
| 申込者 | フリガナ 氏 名 | | 続柄 () | | |
| | 住 所 | 〒 TEL | | | |
| 連絡先 | ① フリガナ 氏 名 | | ② フリガナ 氏 名 | | |
| | ① 住 所 T E L | | ② 住 所 T E L | | |
| 現況 | <input type="checkbox"/> 自宅 サービス状況 <input type="checkbox"/> 施設 (病院) 入所・入院 名称 | | | | |
| 入所希望日 | ～ を希望 | | | | |
| 退所後の予定 | 家族介護者 1 有 () 2 無 退所場所 1 在宅 2 施設等 () | | | | |
| 他施設への申請状況 | <input type="checkbox"/> 申込済の施設状況 () () () <input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設 () () () () () () | | | | |
| 介護保険情報 | 介護度 | 申請中・要支援・要介護 1 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | |
| | 有効期間 | | ～ | | |
| | 居宅介護支援事業所 | | ケアマネ | | |
| 医療保険 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 (本人 ・ 家族) <input type="checkbox"/> 生活保護 (営繕福祉事務所) 担当 () | | | | |
| 収支状況 | 利用者の収入 | 年金 (国 ・ 厚 ・ 共済 ・ 遺族 ・ 恩給) | | | |
| | | 月額 () | | | |
| 入所希望する理由 (該当する事項全て記入のこと) | <input type="checkbox"/> 介護者がいない為 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> リハビリ目的 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等の為 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護者が就労している為 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護者が育児等している為 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えている為 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい為 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい為 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 現在入所・入院している施設・病院から退所・退院を求められており、在宅生活困難の為 | | | | | |

| 家族などの状況 | 氏名 | | | | 続柄 | 年齢 | 備考 | |
|--|------------------|--|--|--|--------------|----|----|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 今後のケアプラン等作成の参考にします。お分かりになる範囲で記入してください。 | | | | | | | | |
| 主訴 | (相談内容) | | | | | | | |
| | (本人・家族の生活に対する意向) | | | | | | | |
| 生活歴等 | (生活歴) | | | | (性格・趣味・社会活動) | | | |
| | | | | | | | | |
| 生活状況等 | (現在の生活状況) | | | | (家族関係) | | | |
| | | | | | | | | |
| 経過病歴 | | | | | | | | |

個人情報に関する同意書

この度の貴施設利用申込にあたり、貴施設が、利用者()の介護支援にあたっての診療経過や身体機能などの個人情報について、利用者の関係する病院や各施設及び居宅介護支援事業所や介護支援専門員から情報を受けることについて同意いたします。なお場合によっては、関係する病院・施設・居宅介護支援事業所・介護支援専門員から直接貴施設へ情報提供がなされることがあることについても同意し、この情報提供に関することについては、貴施設の責を問いません。

年 月 日

申込者

(利用者との関係:)