

# 介護老人保健施設

# 菜の花 ユニット菜の花

# ご利用申込書

年 月 日

|                                     |   |                  |               |     |     |     |      |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------|-----|-----|-----|------|
| ご利用者                                | ふりがな<br>氏名  | .....            | 生年月日<br>M・T・S | 年   | 月   | 日   | ( 歳) |
|                                     | 住所  | 〒                | 電話            | —   | —   |     |      |
| お申込者                                | ふりがな<br>氏名  | .....            | 続柄            |     |     |     |      |
|                                     | 住所  | 〒                | 電話            | —   | —   |     |      |
|                                     |   |                  | 携帯            | —   | —   |     |      |
| 保険証種類                               | 国民健康保険 社会保険 後期高齢者医療証 身体障害手帳 被爆者手帳<br>介護保険証 要介護度(支1・支2・1・2・3・4・5) 生活保護 その他 |                  |               |     |     |     |      |
| ご利用希望                               | 1. 入所   |                  |               |     |     |     |      |
|                                     | 2. ショートステイ 月 日( ) ~ 月 日( )  |                  |               |     |     |     |      |
|                                     | 3. 通所リハビリ (月・火・水・木・金・土)   |                  |               |     |     |     |      |
|                                     | 送迎 (有・無) 入浴 (有・無) 個別リハビリ (有・無)  |                  |               |     |     |     |      |
| 現在のご様子                              | 1. 在宅   | 主治医 ( )          |               | 通院中 | 治療無 |     |      |
|                                     |   | 電話               |               | —   | —   |     |      |
|                                     |   | 居宅介護支援事業所 名称 ( ) |               |     |     |     |      |
|                                     |   | 担当CM ( )         |               |     |     |     |      |
|                                     |   | 電話               |               | —   | —   |     |      |
|                                     | 2. 入院中  | 病院名 ( )          |               | 電話  | —   | —   |      |
|                                     | 3. 施設利用中  | 施設名 ( )          |               | 電話  | —   | —   |      |
|                                     | 4. 利用時の特記事項 ( 食事・移動・機能障害・医療処置など )   |                  |               |     |     |     |      |
|                                     | 〔   |                  |               |     |     |     |      |
| 緊急ご連絡先                              | 1   | ふりがな             |               |     | 続柄  | ( ) |      |
|                                     |   | 氏名               | .....         |     |     |     |      |
|                                     |   | 住所               | 〒             |     |     |     |      |
|                                     |   | 電話               | —             | —   | 携帯  | —   | —    |
|                                     | 2   | ふりがな             |               |     | 続柄  | ( ) |      |
|                                     | 氏名  | .....            |               |     |     |     |      |
|                                     | 住所  | 〒                |               |     |     |     |      |
|                                     | 電話  | —                | —             | 携帯  | —   | —   |      |
| 退所後のご予定 1. 自宅 2. 他施設入所 3. 入院 4. その他 |   |                  |               |     |     |     |      |