

介護老人保健施設 菜の花  
介護医療院 ユニット菜の花

ご利用申込書

年 月 日

ご利用者	ふりがな 氏名	生年月日 M・T・S	年	月	日	( 歳)
	住所	電話	—	—		
お申込者	ふりがな 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 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	—
		電話	—	—	携帯	—
	2	ふりがな	続柄 ( )			
		氏名				
	住所					
	電話	—	—	携帯	—	
	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					