

# 利用申込書

(入所・短期・通所)介護老人保健施設もりよし荘用

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな			明治 年 月 日生				
氏名			大正 昭和	満才	男・女		
住所	〒					TEL	元の職業
申込者氏名			続柄	職場			職場TEL
住所	〒					TEL	携帯電話
利用希望事由(できるだけ具体的に書いて下さい)							
家族構成	氏名	生年月日	年令	続柄	同居	勤務先及び勤務先TEL	携帯電話番号
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
上記以外の緊急連絡先	氏名	続柄	住所		自宅TEL	勤務先TEL及び携帯電話番号	
			〒				
			〒				
			〒				
			〒				
ご担当ケアマネジャー		事業所名:			担当者名:		

◎利用希望者の現在の状況について該当するものに○印、数字、文字を記入して下さい。

- ( ) 自宅に居住: 主な介護者( ) 続柄( )
- ( ) 入院中: 病院名( ) 診療科名( )
- ( ) 他施設入所中: 施設名( )
- ( ) その他:( )

◎病院等に通院している場合は、その病院と診療科名を全て書いて下さい。

- 病院名 ( ) 診療科 ( )

◎下記のサービスを利用している場合は、施設名、回数等を記入して下さい。

- 短期入所 (施設名: ) 1ヶ月約 日利用)
- 通所介護 (施設名: ) 週 回)
- 通所リハ (施設名: ) 週 回)
- 訪問介護 (週 回 月 回)
- 訪問入浴 (週 回 月 回)
- 訪問リハ (週 回 月 回)
- 訪問看護 (施設名: ) 月 回) 医療機関含む
- 訪問診察 (医療機関名: ) 月 回)
- 福祉用具貸与・給付 (内容: )

◎通所リハビリのご利用希望日: 月 火 水 木 金 土 週 回希望

◎当施設を退所し自宅に帰る場合に問題点があったら下に書いて下さい。

( )

※介護保険証の写しを添付して下さい。