

介護老人保健施設「梅香苑」利用申込書

(フリガナ) 利用者氏名	男 女	記入日	年	月	日
		明・大・昭	年	月	日生
本人住所	〒 _____ 電話 () _____				
通常連絡先	(フリガナ) 氏名	利用者との続柄：			
	住所 〒	電話	() _____		
	勤務先	携帯 _____			
	① 住所 〒	電話	() _____		
通常連絡先	(フリガナ) 氏名	利用者との続柄：			
	住所 〒	電話	() _____		
	勤務先	携帯 _____			
	② 住所 〒	電話	() _____		
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中 有効期限 ()年 ()月 ()日 ~ ()年 ()月 ()日				
利用内容	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (デイケア) 利用曜日：<月・火・水・木・金・土>				
主治医		科	先生		
		科	先生		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名： _____) _____年 _____月～ <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名： _____) _____年 _____月～				
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 居宅支援事業所 (_____) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名： _____)				
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハ (デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				

利用者の同居家族構成（利用者が一人暮らしの場合は通常連絡先の家族構成をお願いします。）

氏名	年齢	本人から見た続柄	職業	氏名	年齢	本人から見た続柄	職業

入所希望の方のみ 退所後の方向性について

在宅方向（どのような状態になれば）

（ ）

施設方向 申請先

（ ）

その他・検討中

（ ）

介護上の悩み・困っていること・現在の介護状況