

利用申込書

平成 年

月 日

ご利用者	ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭	年 月 日 (歳)
	氏名					
	住所	〒			電話	
	要介護認定	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用希望	入 所	1ヶ月 ・ 3ヶ月 ・ 6ヶ月 ・ その他 ()			個室 ・ 2人部屋 ・ 4人部屋	
	ショートステイ	月 日 ~ 月 日	送迎 : 有 ・ 無		入所 時 退所 時	
	デイケア	希望曜日 () 送迎 : 有 ・ 無			入浴 : 有 ・ 無	
保険関係	種 類	国民保険 ・ 社会保険		本人 ・ 家族		
		生活保護 ・ 老人医療受給者証 ・ 介護保険証				
	身体障害者手帳 無 ・ 有 障害名 () 級					
年金	受 給	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 恩給 ・ 扶助 ・ その他 ()				
	年金額	月 万円 程度				
現在の状況	1.病院 2.施設 3.在宅			入院(所)日	年 月 日 から	
	病院名 施設名			電話		
主治医	院 名			住所		
	担当医師			TEL ()		
連絡先 1	ふりがな				自 宅 TEL	
	氏 名	続柄 ()			携 帯 TEL	
	住 所	〒			勤務先 Tel ()	
連絡先 2	ふりがな				自 宅 TEL	
	氏 名	続柄 ()			携 帯 TEL	
	住 所	〒			勤務先 Tel ()	
連絡先 3	ふりがな				自 宅 TEL	
	氏 名	続柄 ()			携 帯 TEL	
	住 所	〒			勤務先 Tel ()	

入所に際し、ご本人をよく理解しいい形で関わりたいと思っております。
その点を踏まえて必要事項をご記入願います。

生活歴	出身地	
	学歴	
	職歴	
趣味・特技		
食物の好き嫌い		
入所に際し注意してほしい事 希望する事		
退所後の方針		
		特別養護老人ホームへの申込（していない・している 施設名.....）

担当：