

利用申込書

介護老人保健施設うらら

●希望サービス種類 ※チェックして下さい <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ				●受理日 ※この欄は施設で記入します 令和 年 月 日					
●利用者氏名 (男・女) フリガナ				生年月日 (明・大・昭) 年 月 日(才)		令和 年 月 日 ~			
				介護保険 認定期間		令和 年 月 日			
〒				要介護度		要支1・要支2・1・2・3・4・5			
住所				自宅電話番号		()			
●申込者氏名 (続柄:) フリガナ				生年月日 (明・大・昭) 年 月 日(才)		令和 年 月 日			
				自宅電話番号		()			
				携帯電話番号		()			
〒				主介護者名					
住所				本人との関係		年齢 才			
●同居者の世帯状況									
氏名		続柄		職業		生年月日		連絡先	
						明・大・昭・平 年 月 日		()	
						明・大・昭・平 年 月 日		()	
						明・大・昭・平 年 月 日		()	
						明・大・昭・平 年 月 日		()	
●申し込み理由									
●本人の生活歴 ※わかる範囲で記入して下さい						●家族構成図 ※この欄は施設で記入します			
出生場所		馴染みのある地域							
青年期の性格、学歴									
結婚歴(何年ごろ)		無・有(年頃)							
ご本人年金 月 円		長く勤めた仕事							
定年、老後の生活変化									
神戸モデル登録(神戸市内住民票のみ)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(登録 年 月)							
入院・入所歴		病院・施設名		年 月 日 ~		年 月 日まで			
		病院・施設名		年 月 日 ~		年 月 日まで			
		病院・施設名		年 月 日 ~		年 月 日まで			
●その他									
趣味		性格		宗教		酒 (有・無)			
						たばこ (有・無)			
本人の希望				家族の希望					
●現在の状況 ※記入して下さい									
<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名		年 月より入院中		主治医		()			
<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名		年 月より入所中		主治医		()			
<input type="checkbox"/> 在宅 (かかりつけ医)		病院・医院・クリニック		先生		(居宅介護支援事業所) (担当ケアマネージャー)			
●かかりつけ歯科医 受診状況									
・歯科医院名()		期間()		毎()					
●受診状況 ※現在受診している医療機関を記入して下さい ※入院、入所中の方も他科へ受診があれば記入して下さい									
・病院名()		科		期間()		毎()			
・病院名()		科		期間()		毎()			
●現在利用中のサービス ※複数の場合もすべてチェックして下さい									
<input type="checkbox"/> 訪問診察 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所									
●入所後の予定 ※入所希望の方は記入して下さい									
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 高齢者住宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設									
他に申し込み施設があれば記入して下さい()									