

# 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				●受理日 ※この欄は施設で記入します			
<input type="checkbox"/> 入所		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリ		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	
●利用者氏名 (男・女)				令和 年 月 日			
フリガナ		生年月日		(明・大・昭) 年 月 日(才)			
		介護保険 認定期間		令和 年 月 日 ~ 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: )				令和 年 月 日(才)			
フリガナ		生年月日		(明・大・昭) 年 月 日(才)			
		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	
						( )	
						( )	
						( )	
						( )	
●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)	
●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	
・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( )							