

# 利用者申込書

申込日 西暦 年 月 日

ご紹介元		病院・施設・居宅介護支援事業所( )・その他			担当者	
介護度		要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・更新 / 区変中/ 初申請/ 認定調査日				
ご利用者	フリガナ氏名	男女		明・大・昭 年 月 日生 歳		
	住所	〒 -		TEL	( )	
ご相談者	氏名			続柄	歳	
	住所	〒 -		自宅電話番号	( )	
	勤務先名	TEL ( )		携帯電話	( )	
ご利用希望	1, 入所		入所希望期間	ヶ月程度	居室希望：四人部屋・個室	
	2, ショートステイ		/ ~ /			
ご利用理由	1, リハビリ目的の為 2, 身体的介護困難 3, 認知症による介護困難 4, その他( )					
現在の状況	1, 在宅生活中		(同居・別居)	かかりつけ医	病院・医院・クリニック	
	2, 入院中(病院名:		病院)	入院日	R / / ~ R / /	
	3, 入所 (施設名:		)	入所日	R / / ~ R / /	
病歴						
ご相談者以外の連絡先	氏名	続柄	年齢	住所	電話番号	
	①		歳		自宅	( )
					携帯	( )
	②		歳		自宅	( )
				携帯	( )	
	③		歳		自宅	( )
				携帯	( )	
保険	後期高齢者・国民健康保険・生活保護・その他( )					
	介護保険負担割合証：1割 2割 3割 介護保険負担限度額認定証：1 2 3 4 申請予定( )					
方向性	在宅・有料老人ホーム・グループホーム・介護老人保健施設・特別養護老人施設・その他( )					

# 家族構成等記入票

様

家族構成

\*ご本人には  か  を付け、同居のご家族は○で囲んで下さい。

※男性は、

女性は、○

性格

生活歴・入所までの経緯

現病歴・既往歴(病名・入院先・治療状態)※完治の場合いつ完治したのか日付も記入