

介護老人保健施設 健進館 利用申込書

申込日 年 月 日

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|------------------------|--------------|------|----------------|-----|--------------------------|----|
| 本人 | ふりがな 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 〒 ー | | | | TEL | () | ー | |
| 申込者 | ふりがな 氏名 | | 本人との 続柄 | | 連絡先 (自宅) | () | ー | |
| 住所 | 〒 ー | | | | 連絡先 (携帯) | () | ー | |
| 家族状況 (同居されていない なくても、本人と関 わりがあればご記 入下さい) | 氏名 | 生年月日 | | | 続柄 | 職業 | 連絡先(携帯など) | |
| | | T・S・H 年 月 日 | | | | | | |
| | | T・S・H 年 月 日 | | | | | | |
| | | T・S・H 年 月 日 | | | | | | |
| | | T・S・H 年 月 日 | | | | | | |
| | | T・S・H 年 月 日 | | | | | | |
| 要介護度 | | 認定有効期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | |
| 居宅介護支援事業者名 | | 介護支援専門員名 (ケアマネージャー) | | | | | | |
| 現在の 状況 | <input type="checkbox"/> 自宅 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 入院中 | | (病院名) | 病院 | (入院年月日) | 年 | 月 | 日～ |
| | <input type="checkbox"/> 施設入所中 | | (施設名) | | (入所年月日) | 年 | 月 | 日～ |
| 利用さ れているサー ビス種 類 | (事業所名) | (サービス種類) | | | (頻度) | / | <input type="checkbox"/> | |
| | (事業所名) | (サービス種類) | | | (頻度) | / | <input type="checkbox"/> | |
| | (事業所名) | (サービス種類) | | | (頻度) | / | <input type="checkbox"/> | |
| | (事業所名) | (サービス種類) | | | (頻度) | / | <input type="checkbox"/> | |
| 利用を希望 した理由 | | | | | | | | |
| 希望する日数 や曜日 | | | | | | | | |
| 趣味 | | | | 性格 | | | | |
| 生活歴 | | | | | | | | |