介護老人保健施設　田沢の郷　利用申込書

□　一般入所　　□　短期入所療養介護
□　通所リハビリテーション　　□　訪問リハビリテーション

申請日：令　和　　年　　月　　日

利用希望者	ふりがな		男 女	大正　昭和 年　月　日生（　歳）
	氏　名			
	住　所	〒　－ 電話　（　）		
利用申込者	ふりがな		利用希望者との続柄	
	氏　名			
	住　所	〒　－ 電話　（　）		
自宅以外の連絡先		電話　（　）		
介護保険情報	介護保険被保険者番号			
	認定有効期限　～		要介護度	

家族構成（希望者も記入して下さい）

氏　名	生年月日	年齢	利用者との続柄	職業（勤務先）

現在の状況

自宅での生活・・・独居　　高齢夫婦のみ　　同居（主介護者　　）
病院入院中　・・・病院名（　　）主治医（　　科　　先生）
施設入所中　・・・施設名（　　）主治医（　　科　　先生）
かかりつけ医・・・病院名（　　）主治医（　　科　　先生）
居宅サービス利用状況：事業者名（　　）担当（　　）
サービス内容　（往診　デイサービス　ホームヘルパー　訪問看護
訪問入浴　ショートスティ　その他）
サービス利用事業所名：（　　）

利用希望者の状況	
出生地	
最終学歴	
職歴	
結婚	無　・　有　（現在配偶者：　健康　病床　死去）
子供	無　・　有（　人）
性格	
趣味・特技	
嗜好	アルコール（1日　合）　タバコ（1日　本）　その他

入所希望の動機

1．リハビリのため
2．本人の障害が重度で介護困難のため
3．家族に介護するものがいないため
4．家族の介護負担軽減のため
5．その他（　　）

退所後について

1．できるだけ自宅で介護したい
2．状況が整えば在宅介護可能である。
具体的内容
（　　）
3．在宅介護は困難
◆介護老人福祉施設への申請状況　（未・済）
施設名（　　）
◆介護老人保健施設への申請状況
施設名（　　）
◆その他施設への申請状況（　　）

利用申込みの際は、下記書類の準備をお願いします。

1．　利用申込書
2．　日常生活動作表
3．　病歴書
4．　介護保険被保険者証（写）
5．　介護保険負担割合証（写）

※診断書は、利用申込みの際は不要です。入所順が近づいた段階で依頼致します。