

# 利用申込書 (入所施設)

年 月 日

利用者	ふりがな				男・女	生年月日	M T S	年 月 日 ( 歳)	
	氏名								
	住所	〒					TEL	携帯	
申込者	ふりがな								
	氏名						続柄 ( )		
	住所	〒					TEL	携帯	
緊急時連絡先	〒					TEL	携帯		
希望サービス	①入所	入所希望年月日	年 月 日から入所希望		・今すぐ入所希望				
	②短期入所	利用希望月日	月 日～	月 日	希望送迎時間	迎え :	送り :		
利用の理由									
要介護区分	申請中 ・ 要支援 1 2 3 4 5				搬送方法				
居宅介護支援事業所	事業所名				担当 ケアマネー ジャー名				
	TEL		FAX						
主治医連絡先	病・医院名			主治医名		TEL			
現在の状況	①自宅(同居者 有・無)		②入院中(入院先		年 月 日入院)		③施設入所中(施設名		
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先				
退所後の予定	①自宅 現住所に退所		・その他 ( )						
	②施設 申し込み 未・済 (施設名								
	③未定 理由 (								
身体・精神状況	・移動手段について		独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ その他( )						
	・食事手段について		できる		・ 一部介助		・ できない		
	・排泄について		できる		・ 一部介助		・ できない		
	・認知症について		物忘れ程度		・ 見守り介助必要		・ 意思疎通困難		
	その他、必要事項								

フローリス介護老人保健施設

〒660-0893 尼崎市西難波6丁目11-6 TEL : 06-4868-3800 FAX : 06-4868-3900