

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 | | 年 月 日入所) | | ④その他() | | | | |
| 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