

利用申込書（記入例）

申込日： 年 月 日

申込者： 花里 次郎 続柄： 長男

◆ 出来る限り分かる範囲でご記入をお願いいたします。

申し込まれる方のお名前をご記入ください。

ふりがな	ご利用される方のお名前をご記入ください。		ご利用される方のお名前をご記入ください。		
利用者名	花里 太郎	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	87	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所	〒 506-0026 高山市花里町2丁目67番地		ご利用される方の現住所をご記入ください。		
現在の状況	電話番号 () -				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 <input type="checkbox"/> 施設で生活 施設名 () 入所期限 () <input checked="" type="checkbox"/> 入院中 (<input checked="" type="checkbox"/> 日赤 <input type="checkbox"/> 久美愛 <input type="checkbox"/> その他) 病棟 (2病棟4階) <input type="checkbox"/> 退院予定時期 () 病名： 脳梗塞、高血圧 医療処置 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 吸引・インスリン注射・胃瘻・褥瘡処置 その他 ()				
かかりつけ医	該当する項目に、レ点していただき必要事項をご記入ください。				
かかりつけ医	病院名	科	疾患名(病名)	担当医	受診状況
	〇〇医院	内科	高血圧症	〇〇先生	2ヶ月に1回
	〇〇整形外科	整形	変形性膝関節症	〇〇先生	1ヶ月に1回
	現状の受診歴などをご記入ください。				
今までの病気・手術	※ 例 〇歳：高血圧 〇歳：右大腿骨骨折手術 等				
介護保険	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	介護保険に関する内容をご記入ください。			
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
	申請中 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更				
	担当居宅支援事業所名	高山赤十字病院指定居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 未定		
	担当ケアマネージャー	高山 花子	<input type="checkbox"/> 未定		
現在利用している介護サービス	◆ 在宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 利用している介護サービスが無い場合は記入不要です。 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ				
	◆ 施設サービス	ショート入所 利用施設名 () 利用頻度： 日位/月・不定期			
	デイサービス	利用施設名 (〇〇事業所) 利用回数： 1回/週(曜日 金)			
	◆ その他：				

主介護者	氏名： 花里 ○○		続柄 (長女)	家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居						
家族構成	氏名		続柄	年齢			
	花里 △△		妻	80			
	花里 ××		長男				
緊急連絡先	①氏名		続柄	住所			
			()				
	電話番号		勤務先				
	②氏名		常に連絡の取れる方、緊急時に当施設へお越しいただける方で、3名のご記入をお願いします。				
	電話番号						
	③氏名		続柄	住所			
		()					
電話番号		勤務先					

※緊急連絡先として記入してある方には、緊急時に「はなさと」から連絡が入る事を必ずご了承いただください。

入所中は、ご了承いただいているものとして、連絡させていただく場合がありますので、お願いいたします。

利用を希望される具体的な理由、特に伝えておきたい事等

例) 退院後、自宅に戻る前にもう少しリハビリを行いたい。
 自宅で介護する者が、高齢であり、介護が困難になってきている。・・・等

情報提供同意

利用希望をするにあたり、判定会議等に必要な利用者様（ ）の情報を、関連事業所及び病院より、はなさとが情報提供を受ける事も同意いたします。

年 月 日

氏名：

続柄：