

利用申込書

申込日： 年 月 日

申込者： 続柄：

◆ 出来る限り分かる範囲でご記入をお願いいたします。

ふりがな 利用者名	生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日		年齢 歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 . <input type="checkbox"/> 女	
	〒				
住所	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 type="checkbox"/> 入院中 (<input type="checkbox"/> 日赤 <input type="checkbox"/> 久美愛 <input type="checkbox"/> その他) 病棟 () <input type="checkbox"/> 退院予定時期 ()				
	病名： <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	医療処置 <input 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	病院名	科	疾患名(病名)	担当医	受診状況
今までの 病気・手術	※ 例 ○歳：高血圧 ○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				
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input 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				<input type="checkbox"/> 未定
担当ケアマネージャー				<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 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 () 利用回数： 回/週(曜日)				
	◆ その他：				

次ページもご記入ください。

主介護者	氏名： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		続柄 ()	家族構成 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	氏名		続柄	年齢
家族構成				
緊急連絡先	①氏名		続柄 ()	住所
	電話番号		勤務先	
	②氏名		続柄 ()	住所
	電話番号		勤務先	
	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いでください。

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

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：