

介護老人保健施設とちぎの郷 利用申込書

年 月 日

フリガナ 利用者 氏名		男 ・ 女	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)				
住所	〒 _____ 電話: _____							
利用希望	<input type="checkbox"/> 入 所 → 希望月 _____ 年 _____ 月 頃 <input type="checkbox"/> ショートステイ → 希望期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日							
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自 宅 一人暮らし ・ ご夫婦で生活 ・ 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 病院名 (_____) 病名 (_____) <input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名 (_____)							
特別必要な 処置 ・ 薬	1 胃ろう経鼻経管栄養 2 気管切開管理 3 インスリン注射 4 在宅酸素 5 特別な薬(認知症治療薬 ・ 抗がん剤 ・ リウマチ治療薬) 6 その他(_____)							
かかりつけ医	1 医療機関名: (_____) 科 担当医師:(_____) 2 医療機関名: (_____) 科 担当医師:(_____)							
インフルエンザ 予防接種	1 予防接種受けました 2 予防接種を受けていません 3 近日中に受ける予定 予防接種を受けた場合は、日付と医療機関 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) (_____ 病院)							
利用の理由	1 リハビリ ・ 生活動作の訓練 2 在宅介護負担の軽減 3 冠婚葬祭 4 在宅介護技術習得 5 その他 (_____)							
介護保険	申請中 ・ 要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 介護保険限度額認定証 有り ・ 無し							
居宅ケアマネ	事業所名 _____	担当ケアマネ名 _____						
退所後の予定	1 自宅 2 介護老人保健施設 3 介護老人福祉施設(特養) 4 サービス付き高齢者住宅 5 その他 (_____)							
入所について ご家族の希望 注意事項など								
家族構成	氏 名	年齢	続柄	同居・別居	氏 名	年齢	続柄	同居・別居
				同居・別居				同居・別居
				同居・別居				同居・別居
				同居・別居				同居・別居
フリガナ 申込者 氏名				続 柄				
連絡先	(自宅) _____			(携帯) _____				
住所	〒 _____							
※太枠内は記載不要								
判定 () 事前説明 / () 入所日 (/)								