

利用申し込み書

	年 月 日	介護度		ケアプラン担当	
希望内容	<input type="checkbox"/> 一般入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ				
利用者	フリガナ				
	名前				
	生年月日	M T S	年	月	日 (歳)
	住所	電話番号			
保証人	フリガナ				
	名前	(続柄) (歳)			
	住所	電話番号			
	勤務先	電話番号			
家族の状況	名前	年齢	続柄	連絡先 (携帯電話番号など)	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 病院名 () 年 月 日より				
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名 () 年 月 日より				
	<input type="checkbox"/> 在宅治療中(往診) 医療機関名 ()				
	<input type="checkbox"/> 通院治療中 医療機関名 ()				
	<input type="checkbox"/> 在宅治療中だが、定期的な治療は受けていない				
在宅サービスの利用状況					
<input type="checkbox"/> ホームヘルパー 週 回 (利用機関名)					
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ 週 回 (利用機関名)					
<input type="checkbox"/> 通所介護(サービス) 週 回 (利用機関名)					
<input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 (利用機関名)					
<input type="checkbox"/> ショートステイ 利用頻度 (利用機関名)					
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入・貸与					
介護用ベッド ・ 車椅子					
その他 ()					
生活背景について					
家庭における主な介護者：続柄 () 年齢 () 歳					
入所中において主にご面会に来られる方：続柄 () 週 () 回程度					
今回の入所・ショートステイに関して希望すること					
現在困っていること					
退所後の計画					