

介護老人保健施設  
白鷹あゆみの園

利用申込書

申込年月日 令和 年 月 日

申込者氏名 第1連絡先	(ふりがな)		年齢	利用者 との 続柄	
			才		
住所	〒 —				
電話	自宅	( )	携帯電話	— —	
	勤務先	( )	名称		

貴介護老人保健施設を利用したいので下記の通り申し込みます。

利用希望者 氏名	(ふりがな)			性別	男・女			
生年月日	大正・昭和	年	月	日生	年齢 才			
現住所	〒 —							
電話	( )							
配偶者	無・有 (同居・別居・離別・死別)							
最終職業		宗教	無・有 ( )					
要介護度 区分	1	2	3	4	5	要支援 区分	1	2
認定有効 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中							
居宅介護支援 事業所名称				担当者名				
障害者手帳	無・有 ( 県 第 号 )							
	障害名 ( ) 種 級							
年金	無・有 (種類) (月額 万円)							
かかりつけ 医療機関	病院・診療所の名称		診療科名		主治医名			
			科		先生			
	病院・診療所の名称		診療科名		主治医名			
			科		先生			

利用希望者の現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 短期入所
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホームに入っている	<input type="checkbox"/> グループホームに入っている	
	<input type="checkbox"/> 病院(一般)に入院している	<input type="checkbox"/> 病院(療養)に入院している	
* 施設、病院の名称 ( )			
* 施設入所、病院入院の時期 : 令和 年 月 日から			
* 病院入院の理由、病名			

主たる介護者	(ふりがな)	年齢	利用者との関係

家族構成	氏名	続柄	年齢	同居別居	氏名	続柄	年齢	同居別居	
									同・別
									同・別
									同・別
									同・別
									同・別
									同・別
									同・別

第2連絡先氏名	(ふりがな)	年齢	利用者との続柄
		才	

住所	〒
----	---

電話	自宅	( )	携帯電話	-	-
	勤務先	( )	名称		