介護老人保健施設

か　ま　く　ら　　利用申込書

申込日　　年　　月　　日

ご利用になる方	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和
	お名前　　男　女		年　月　日　歳
	〒 ご住所		
	お電話		
ご希望の サービス	1.入所 部屋の希望:　☐ 4人部屋　☐ 個室　☐ どちらでもよい 退所後のご予定:　1)自宅に帰る 2)施設入所　☐ 決定　☐ 申し込み中　☐ 検討中 （施設名:　　） 3)入院　☐ 決定　☐ 申し込み中　☐ 検討中 （病院名:　　） 4)未定 2.ショートステイ ご希望の日:　月　日 ～　月　日 ※ショートステイの部屋は原則として多床室となります。 3.デイケア・デイサービス ご希望の回数:週に　回　ご希望の曜日: 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		
現在のご様子	1. ご家庭で療養中(主に介護されているのは、利用される方の:　　) 2. 入院中(病院名:　　) 3. 施設に入所中(施設名:　　) 4. その他(　　)		
介護保険認定 について	1. 認定を受けている(要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5) 2. 申請中(申請日:　月　日) 3. これから申請する。		
ケアマネージャー について	1.決まっている(事業者名:　　)(担当者:　　) 2.決まっていない		
その他 連絡事項			

緊急連絡先 ① (キーパーソン 及び 緊急時、受診・ 搬送等に付き 添える方　)	お名前	利用されている方とのご関係 利用されている方の(　　)		優先順位
	ご住所　〒	自宅電話		
		携帯電話		
	勤務先名称	電話番号		
緊急連絡先 ②	お名前	利用されている方とのご関係 利用されている方の(　　)		
	ご住所　〒	自宅電話		
		携帯電話		
	勤務先名称	電話番号		
緊急連絡先 ③	お名前	利用されている方とのご関係 利用されている方の(　　)		
	ご住所　〒	自宅電話		
		携帯電話		
	勤務先名称	電話番号		
追記事項				