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				