

# 利用申込み書

西暦 年 月 日

介護老人保健施設エスポワール大原 施設長殿

利用者	フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日 歳	
	名前	男・女			
	住所	〒	電話番号		
	介護度	要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5、区変中( / )、申請中( / )			
相談者	フリガナ		生年月日	昭・平 年 月 日 歳	
	名前	続柄			
	住所	〒	電話番号	自宅	
	勤務先名			勤務先	
利用者さまと同居している方		本人 配偶者 子( ) 孫( )			
		母親 父親 兄弟( ) 姉妹( )			
利用希望	□ 入所	*希望期間	頃～ 頃まで・長期・その他( )		
		*退所後の方向性	自宅・特養・病院・グループホーム・その他( )		
		*部屋希望	4人部屋・個室		
	□ 短期入所	*希望期間	年 月 日～ 年 月 日まで・その他( )		
		*部屋希望	4人部屋・個室		
	□ 通所	*希望曜日	月・火・水・木・金・土 (初回: 年 月 日)		
*送迎希望		無・有	*入浴希望	無・有	*リハビリ希望
□ 訪問リハ	*希望曜日	月・火・水・木・金・土 (初回: 年 月 日)			
認知症	有・無	アルツハイマー型・レビー小体型・その他( )			
主病名			経緯		
現在状況	□ 自宅/事業所名:		担当CM:	TEL:	
	□ 入院中/医療機関名:		担当SW:	TEL:	
	□ 施設入所中/施設名:		担当者:	TEL:	
連絡先	氏名	続柄/年齢	住所	T E L	
	フリガナ		〒	携帯:	
	①	歳		自宅/勤務先:	
	フリガナ		〒	携帯:	
②	歳		自宅/勤務先:		
フリガナ		〒	携帯:		
③	歳		自宅/勤務先:		
負担限度額認定証	無・有	介護保険負担割合証	1割・2割・3割		
確認中・申請中	(第 段階)	洗濯	家族・クリーニング業者		
デイ訪問調査日	年 月 日 AM・PM	デイ:	相談員:	事務:	
入所前後訪問	年 月 日 AM・PM	師長:	CM:	PT:	相談員:
退所前後訪問	年 月 日 AM・PM	師長:	CM:	PT:	相談員: