

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	明・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	明・大・昭 年 月 日 歳	
	名前	続柄			
	住所	〒	電話番号	自宅	
	勤務先名			携帯	
		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 平成 年 月 日～平成 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			
*送迎希望 無・有 *入浴希望 無・有 *リハビリ希望 無・有					
□ 訪問リハ	*希望曜日 月・火・水・木・金・土				
□ 居宅	*事業所名: 担当者: TEL				
認知	有・無	既往歴			
申込み理由	□ 身体的介護困難 (移動・排泄・入浴・食事・着脱)				
	□ 認知症での介護困難 (徘徊・不眠・不穏・不潔行為・幻覚・妄想)				
	□ その他()				
現在状況	□ 自宅 /担当ケアマネージャー:				
	□ 病院入院中(医療機関名:)				
	□ 施設入所中(施設名:)				
連絡先	①	フリガナ		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 歳
		名前	続柄		
		住所	〒	電話番号	自宅 携帯
	②	フリガナ		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 歳
		名前	続柄		
		住所	〒	電話番号	自宅 携帯
デイ訪問調査日	年 月 日 AM・PM	師長:	CM:	PT:	デイ: 相談員:
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:
施設使用欄		介護保険負担割合証		1割・2割・3割	
介護保険負担限度額認定書	無・有(第 段階)	洗濯		家族・クリーニング業者	