

取扱注意

通 所 申 込 書

介護老人保健施設 ほほえみの丘
施設長 蒔 田 知 美 殿

令和 年 月 日

申込者氏名 (続柄)

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------|-------------------------|-----------------|------|---------------|-------------|------------|----|---|
| 利用者本人 | フリガナ | | | | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| | 氏名 | | | | | 生年月日 | | | |
| | | | | | | 明・大・昭 年 月 日 | | | |
| 住所 | 〒 _____ | | | | 電話 | | | | |
| 介護保険 | 要介護認定区分 | 要支援1・要支援2 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | |
| | 認定年月日 | 年 月 日 | | 認定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |
| 希望される緊急医療機関 (伊勢原協同病院以外) | | 病院 | | | | 科 (電話) | | | |
| 第1連絡先 キーパーソン (緊急時含む) | フリガナ | | | 年齢 | 続柄 | 自宅Tel | | | |
| | 氏名 | | | | | 携帯Tel | | | |
| | | | | | | メール | @ | | |
| | 住所 | 〒 _____ | | | | 勤務先 | | | |
| | | | | | | 勤務先Tel | | | |
| 第2連絡先 (緊急時含む) | フリガナ | | | 年齢 | 続柄 | 自宅Tel | | | |
| | 氏名 | | | | | 携帯Tel | | | |
| | | | | | | メール | @ | | |
| | 住所 | 〒 _____ | | | | 勤務先 | | | |
| | | | | | | 勤務先Tel | | | |
| 利用者の 家族状況 (本人以外) | 氏 名 | | 年 齢 | 続 柄 | 職 業 | | 在 宅 状 況 | | |
| | | | | | | | 同居 / 別居 | | |
| | | | | | | | 同居 / 別居 | | |
| | | | | | | | 同居 / 別居 | | |
| | | | | | | | 同居 / 別居 | | |
| | | | | | | | 同居 / 別居 | | |
| 現在の状況 | 在宅 | | 入院・入所 (病院名・施設名) | | | | | | |
| 指定居宅介護支援事業所/ケアマネージャー | | | | | 電話 | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 利用目的 | | | | | | | | | |
| 利用内容 | 希望曜日 | 月 火 水 木 金 土 | | | | 入浴 | 希望する・希望しない | | |
| | | | | | | 送迎 | 希望する・希望しない | | |