

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 藤間 順一 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		
	住所	〒				メール	@	
						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		
	住所	〒				メール	@	
						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	
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		