

# 介護老人保健施設 七里 利用申込書

(入所・ショート・通所リハビリ)

申込日：平成 年 月 日

|               |   |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
|---------------|---|-----|--|------------|---------|-----------------------|-------|----|---|--|
| フリガナ          |   |     |  | 男          | 明治      |                       |       |    |   |  |
| 氏名            | 様   |     |  | 女          | 生年月日    | 大正                    | 年     | 月  | 日 |  |
|               |   |     |  |            |         | 昭和                    | (満 歳) |    |   |  |
| 住所            | 〒   |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
| 電話            | — —   |     |  | 携帯電話       | — —     |                       |       |    |   |  |
| 現在の居場所        | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院( 病院) <input type="checkbox"/> 老健( ) <input type="checkbox"/> その他( ) |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
| 現在の<br>かかりつけ医 | 病院  |     |  |            | 医師      |                       |       |    |   |  |
|               | 住所:   |     |  |            |         | 電話:                   |       |    |   |  |
| 病名・既往歴        |   |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
| (わかれば)        |   |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
| 健康保険          | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他( )                            |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
| 身体障害者手帳       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級障害名: )   |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
| その他医療手帳       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級障害名: )   |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
| 健康保険負担限度額所    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 有 ( 第2段階 第3段階 第4段階 )                |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
| 介護負担割合証       | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割   |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
| 介護<br>保険証     | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 要支援( 1 2 )<br>申請中( 年 月 日まで) 区分変更中(申請日: 年 月 日 )   |     |  |            |         |                       |       |    |   |  |
|               | 被保険者番号:   |     |  | 認定日: 年 月 日 |         | 有効期間: 年 月 日~<br>年 月 日 |       |    |   |  |
| 居宅介護支援事業所名:   |   |     |  |            | 担当ケアマネ: |                       |       |    |   |  |
| 住所:           |   |     |  |            | 電話: — — |                       |       |    |   |  |
| 身元<br>引受人     | フリガナ  |     |  |            | 男       | 年齢                    | 続柄    | 職業 |   |  |
|               | 氏名  |     |  |            | 女       | 歳                     |       |    |   |  |
|               | 住所  | 〒   |  |            |         |                       |       |    |   |  |
|               | 電話  | — — |  |            | 携帯電話    | — —                   |       |    |   |  |

|                            |          |          |   |  |  |  |  |
|----------------------------|----------|----------|---|--|--|--|--|
| 利<br>用<br>希<br>望<br>内<br>容 | 入所       | 希望理由     | <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続困難<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |  |  |
|                            |          | 希望期間     | <input type="checkbox"/> 約                      ヶ月間 <input type="checkbox"/> 未定   |  |  |  |  |
|                            |          | 今後の方向性   | <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設への申し込み <input type="checkbox"/> 検討中                                       |  |  |  |  |
|                            |          | 現在申込中の施設 | <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他                   |  |  |  |  |
|                            |          | 特記       |   |  |  |  |  |
|                            | 短期入所療養介護 | 希望理由     | <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続困難<br><input type="checkbox"/> その他( )                               |  |  |  |  |
|                            |          | 希望期間     | /                      ~                      /                      (約                      日間)                                    |  |  |  |  |
|                            |          |          | <input type="checkbox"/> いつでもよい (約                      日間)   |  |  |  |  |
|                            |          | 定期利用希望   | <input type="checkbox"/> 定期的に利用希望(                      ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望                                      |  |  |  |  |
|                            | 通所リハビリ   | 希望理由     | <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会交流   |  |  |  |  |
|                            |          |          | <input type="checkbox"/> その他( )   |  |  |  |  |
|                            |          | 希望曜日     | 月    火    水    木    金   |  |  |  |  |
| 特記                         |          |          |   |  |  |  |  |