

# 利用申込書

ハートケア横浜小雀 施設長 殿

平成 年 月 日

申込者氏名

印 続柄 ( )

住所

電話番号 ( )

ふりがな		男・女	明・大・昭	年	月	日	歳				
利用者氏名											
現住所			電話		( )						
要介護度		認定有効期間	平成	年	月	日	～ 月 日	認定日	年	月	日
健康保険	社保・国保・生保・その他 ( )			老人医療受給者証		有・無					

利用種別	<input type="checkbox"/> 入所	認知症棟 ・ 一般棟 居室希望 ( 4人・2人・1人 ) 入所のご希望時期 月 日 頃
	<input type="checkbox"/> 短期入所	ご希望の時間 月 日 ～ 月 日 / 利用日数 日間
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	ご希望の回数 週に 回 / ご希望の曜日
利用目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 在宅困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中	主な介護者 続柄 ( ) かかりつけ医 受診の頻度 週・月 回 居宅介護支援事業者 現在利用中のサービス
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中	医療機関名 入院日 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 施設名 入所日 平成 年 月 日

保証人氏名	印 続柄 ( )	連絡先①	( )
住所		連絡先②	( )

家族構成	氏名	年齢	続柄

## ※施設記入欄

受付日	平成 年 月 日
ご紹介者	
受付者	

ハートケア横浜小雀