

# 利用申し込み書(本入所・ショートステイ・通所リハビリ・訪問リハビリ)

介護老人保健施設 ハートケア横浜小雀 施設長殿

申込者氏名： \_\_\_\_\_ 印 続柄( \_\_\_\_\_ )

〒 \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

ふりがな		性別	明治・大正・昭和
利用者氏名			年 月 日 歳
利用者 現住所	〒 _____		電 話 _____
認定有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	認定日 年 月 日
要介護状態 区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
介護保険	負担割合： _____ 割	限度額認定証：無・有(食事負担限度額 日額 _____ 円)	
健康保険	後期高齢者・社保・国保・生保・その他( _____ )		身障者手帳 有・無
利用希望 種別	<input type="checkbox"/> 入所	認知症棟・一般棟 居室希望：多床室・2人部屋・個室 入所のご希望時期： _____ 年 月 日頃	
	<input type="checkbox"/> (予防)短期入所 (ショートステイ)	ご希望の期間： _____ 月 日 ~ _____ 月 日 / 利用日数 _____ 日間	
	<input type="checkbox"/> (予防)通所リハビリ (デイケア)	ご希望の時間：半日利用(午前・午後)または1日利用 ご希望の回数：週に _____ 回 / ご希望の曜日：月・火・水・木・金・土	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	ご希望の時間： _____ 時 分 ~ _____ 時 分の間 ご希望の回数：週に _____ 回 / ご希望の曜日：月・火・水・木・金・土	
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・月に _____ 回 居宅介護支援事業所： _____ 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： _____ 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 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 施設名： _____ 入所日： _____ 年 月 日	
保証人氏名	_____ 続柄( _____ )		
住 所	〒 _____	連絡先① ( _____ )	
	<input type="checkbox"/> 申込者と同様	連絡先② ( _____ )	

緊急連絡先	優先順位	氏名	続柄	電話番号
	①			( _____ )
	②			( _____ )
	③			( _____ )