

# 葛飾区内介護老人保健施設利用申込書(短期入所・通所リハビリ)

施設長あて

平成 年 月 日

申込者	氏名	本人 ・ 家族(続柄: ) ・ その他( )
	住所	
	連絡先	( )

利用者	ふりがな	男	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	
	氏名	女	年 月 日	年 月 日	歳
	住所 〒	葛飾区	丁目	番	号 電話 ( )
介護保険被保険者番号					
要介護状態区分		要支援 ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
認定の有効期限		年 月 日 から 年 月 日 まで			
連絡先(緊急時)	氏名		続柄		
	住所				
	電話 自宅	( )	勤務先等		
希望居室	4人部屋 ・ 2人部屋 ・ 個室				
利用希望日	年 月 日	～	年 月 日	週	回 (月・火・水・木・金・土)
送迎希望	有 [ 往復 片道 ( 行き ・ 帰り ) ] 無				
入浴希望	有 [ 週 回 ( 一般浴 ・ 器械浴 ) ] 無				
居宅支援事業所名 .....					
担当者名		電話 ( )			
本人の状況(該当する者を○で囲んでください)					
移動: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車いす ・ その他 ( )					
食事: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ ( 胃ろう ・ 経管栄養 )					
主食 ( 常食 ・ 粥 ) 副食 ( 常菜 ・ きざみ ・ ミキサー )					
排泄: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
ポータブル ・ おむつ使用 ( 常時・夜間のみ ) ・ バルーンカテーテル					
認知症: 有 ・ 無					
問題行動: 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他 ( )					
感染症: 有 ・ 無					
施設への希望			施設処理欄		

☆ この利用申込書のほかに、診療情報提供書等が必要となります。