

# 利用申込書（入所・通所）

令和 年 月 日

この度、介護老人保健施設 滝根「聖・オリオンの郷」を利用したいので、申し込み致します。

介護老人保健施設 滝根「聖・オリオンの郷」 施設長（管理者） 様

利用希望者	ふりがな			男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳	
	氏名										
	住所	〒□□□-□□□□		TEL ( )		-					
	居室 / 地域包括	なし・あり（事業所名		担当者名							
	介護保険被保険者証	要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5		申請中（新規 区変 更新）							
		認定の有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
	介護保険負担割合証	1割・2割・3割		介護保険負担限度額 認定証	なし・あり・申請中						
	後期高齢者 医療被保険者証	なし・あり		※75歳以上の方が対象となります							
健康保険被保険者証	なし・国保・社保・その他 ( )		/ 高齢受給者証 / 生保								
障害者手帳	なし・あり		重度心身障がい者 医療費受給資格者証	なし・あり							

身元引受人	ふりがな			男・女	生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳
	氏名			⑩	続柄	※例：長男				
	住所	〒□□□-□□□□		TEL ( )		-				
				携帯Tel ( )		-				
勤務先	名称			TEL ( )		-				
	所在地									
家族・近親者	氏名	続柄	年齢	世帯別	居住の市町村	連絡先Tel				
				同・別						
				同・別						
				同・別						

利用希望者の病経歴等を書いてください

いままで にかかっ た病気	年	病名		入院	年	病名		入院
	月頃	病院名		通院	月頃	病院名		通院
	年	病名		入院	年	病名		入院
	月頃	病院名		通院	月頃	病院名		通院
性 格	朗らか・親しみやすい・几帳面・とけこめない・頑固・短気・わがまま・その他 ( )							
精神及び 行動障害	認知症・不潔行為（便いじり等）・暴力行為・暴言行為・大声・失見当（日時がわからない等）・妄想 被害妄想・徘徊（昼・夜）・無断外出・自傷行為・その他 ( )							
利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 長期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所（予防短期） <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（予防通所）							
利用希望理由								