

利用申し込み用紙

※□には”レ”をお入れ下さい

記入日 年 月 日

記入者 続柄

※本人氏名は介護保険証記載されているものでお願い致します。

入所 予 定 者 情 報	フリガナ	要介護度	世帯状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 「第一連絡先」と同居 <input type="checkbox"/> 「第二連絡先」と同居 <input type="checkbox"/> その他の者と同居 ↳氏名 (続柄) 電話.....(.....) 携帯.....(.....)	
	氏 名			
	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳			
	住所 〒			
	電話.....(.....)			
	携帯.....(.....)			
ご本人の生活歴 (分かる範囲での記入をお願い致します。)				
出身地	(県)	職業		
結婚歴	あり (歳) ・ なし			
配偶者	あり ・ なし (離別 ・ 死別)	子供	あり () 人 ・ なし	
現 状 と 希 望	<input type="checkbox"/> 入院・入所中 入院・入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日 入院・入所先名			
	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 <input type="checkbox"/> 自宅以外場所にて生活中 (場所)			
	<input type="checkbox"/> 入所希望 <input type="checkbox"/> 期間指定 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> ショート希望 <input type="checkbox"/> 空き次第早々に <input type="checkbox"/> 特に希望日なし <input type="checkbox"/> 送迎希望 (送迎範囲内の方のみ) 居室希望 <input type="checkbox"/> 多床室 (4 人部屋) <input type="checkbox"/> 2 人部屋 <input type="checkbox"/> 個室			
利 用 理 由	<input type="checkbox"/> 本人のリハビリ (歩行・排泄動作・睡眠障害・生活リズム・食事動作・飲み込み) の為 <input type="checkbox"/> 介護者 (副介護者を含む) が病気なため <input type="checkbox"/> 介護者の休養のため <input type="checkbox"/> 在宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()			
	◆ご本人が施設に希望すること ※具体的内容をお願いします		◆ご家族等介護者が施設に希望すること ※具体的内容をお願いします	

かかりつけ病院等	かかりつけ病院① 病院名.....入院歴あり.....通院.....往診..... 医師名.....(.....科)	かかりつけ病院② 病院名.....入院歴あり.....通院.....往診..... 医師名.....(.....科)	
	緊急時の病院 ※アバンセ協力病院以外の医療機関への受診・入院を希望される場合、ご記入下さい。		
第一緊急連絡先	フリガナ	続柄	※該当するものに”レ”を入れてください。 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 副介護者（主介護者を補助するもの） <input type="checkbox"/> 利用決定等、案内通知先 <input type="checkbox"/> 利用料支払い者（支払いを代行を含む） <input type="checkbox"/> 救急等、緊急時の第一連絡先 <input type="checkbox"/> 病院通院・入院時の付き添い人 <input type="checkbox"/> 後見人（成年後見制度）
	氏名	年齢	
	ご職業		
	住所	〒	
	連絡先		
第二緊急連絡先	フリガナ	続柄	※該当するものに”レ”を入れてください。 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 副介護者（主介護者を補助するもの） <input type="checkbox"/> 利用決定等、案内通知先 <input type="checkbox"/> 利用料支払い者（支払いを代行を含む） <input type="checkbox"/> 救急等、緊急時の第一連絡先 <input type="checkbox"/> 病院通院・入院時の付き添い人 <input type="checkbox"/> 後見人（成年後見制度）
	氏名	年齢	
	ご職業		
	住所	〒	
	連絡先		
退所後の方向性	在宅 ・ 有料老人ホーム ・ サービス付き高齢者住宅 ・ グループホーム 特別養護老人ホーム 申し込み（ 済 ・ 未 ） 施設名（ ） その他（ ）		
宗教等	●信仰しているご宗教がありましたらご記入いただき、何か配慮事項等ありましたら記載願います。		
備考欄			