

利 用 申 込 書

年 月 日

医療法人 永寿会

介護老人保健施設 ゆうむ 施設長殿

(ふりがな)

申込者氏名 _____ 様(続柄 _____) 印

(ふりがな)	
利用者氏名 _____ 様	住所 〒 _____
(男・女)	
明 大 昭 年 月 日 (歳)	TEL ()
希望サービス	
<input type="checkbox"/> 入 所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション	
医療保険等 (該当するものにチェックしてください)	
<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢者医療証 <input type="checkbox"/> 障(心身障害者医療費受給者証)	
<input type="checkbox"/> 障害手帳 種 級 障害名:	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給 (担当ケースワーカー: _____ 市町村名: _____)	
介護保険関係	
要介護度: 要支援(1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
認定日: 年 月 日 (認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 区分変更申請中(申請日 / 申請前介護度)	
介護保険負担限度額認定証: 有・無 適用年月日: R 年 月 日から 有効期間: R 年 月 日まで	
介護保険負担割合 (割)	
連絡先① (ふりがな)	
氏名 _____ 様 (歳 続柄)	自宅電話 ()
自宅住所 〒 _____	携帯電話 ()
勤務先名 _____	勤務先電話 ()
連絡先② (ふりがな)	
氏名 _____ 様 (歳 続柄)	自宅電話 ()
自宅住所 〒 _____	携帯電話 ()
勤務先名 _____	勤務先電話 ()
連絡先③ (ふりがな)	
氏名 _____ 様 (歳 続柄)	自宅電話 ()
自宅住所 〒 _____	携帯電話 ()
勤務先名 _____	勤務先電話 ()

《利用目的》 サービスを希望されるのは、どのような目的になりますか？

(例)「入院して自宅での生活に支障があるから」「認知機能の低下があり生活に支障があるから」

「家族又は介護者の事情で一時的に介護ができないから」「自宅で寝てばかりいるのでリハビリ希望」等

*記述欄: _____

《サービス利用の希望と目標》利用されるにあたり、どのような希望、目標がありますか？

(例)「車椅子からトイレへ自力で乗り移りができるようになってほしい」「夜は眠れるように生活リズムを整えたい」

「自宅の中は歩けるようになって、自分で排泄ができるようになってほしい」「1人で外出できるようになりたい」等

本人の希望: _____

家族の希望: _____

*ホーム等への申請状況(特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等)

未申請

申請予定

申請済

申請年月日: _____年 _____月頃

施設名: _____

◆写真の取り扱いについて

写真の施設内掲示、広報誌への掲載(家族・地域に配布)、およびホームページへのアップ

了解する

了解しない

◆ネームプレートの掲示について

入所・短期入所療養介護: 居室入口・テーブル等の掲示、通所リハビリテーション: ロッカー等の掲示

了解する

了解しない

◆保険外実費等について

洗濯: 家族洗濯

クリーニング委託

くつ下リース

おやつの提供: 希望する

希望しない

理美容の予約: 施設の判断で予約 _____月 _____回程度

面会時申込予約

本人希望で可

◆当施設では、床頭台とロッカーの管理は基本的にはご本人となっておりますが、衛生面や環境上で整理・整頓が必要などときには施設の職員が関わっても良いかお聞きします。

ロッカーの整理を了解する。

ロッカーの整理を了解しない。(本人管理とする)