利　用　申　込　書

平成　　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

申込者氏名　　様(続柄　　)　印

利用者氏名　　様　　住所　〒

（ 男 ・ 女 ）

明 大 昭　　年　　月　　日(　　歳)　　TEL　　(　　)

希望サービス

□入　所　　□短期入所療養介護　　□通所リハビリテーション　　□介護予防通所リハビリテーション

希望理由

本人の介護に対する意向(具体的に)

連絡先①

氏名　　様（続柄　　）　自宅電話　(　　)

住所　〒　　携帯電話　(　　)

勤務先名　　勤務先電話　(　　)

連絡先②

氏名　　様（続柄　　）　自宅電話　(　　)

住所　〒　　携帯電話　(　　)

勤務先名　　勤務先電話　(　　)

医療保険等(該当するものにチェックしてください)

□社保　□国保(本人・家族)　□後期高齢者医療被保険者証　□高齢者医療証　□障(心身障害者医療費受給者証)

□障害手帳　　種　　級　障害名:

□生活保護受給　(担当福祉事務所:　　福祉事務所)

介護保険関係　　**介護保険負担限度額認定証:有・無**　　**適用年月日:H　年　月　日から**
有効期間:H　年　月　日まで

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)

＊現在利用中のサービス

居宅支援事業者名（ケアプラン作成）：

□訪問看護（　　回 ／ 月）　□訪問介護（　　回 ／ 週）　□訪問入浴

□通所リハビリ（　　回 ／ 週）　□通所介護（　　回 ／ 週）　□訪問診療

□福祉用具貸与（　　）　□その他（　　）

＊今後利用したいサービス

（　　）

＊現在申請中のサービス

（　　）

＊緊急時の対応について（医療面）

□併設医療機関（陵北病院）を希望する（入院費17万円程度　可 ・ 否 ）

□専門病院を希望する（指定があればご記入下さい　　）

＊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：平成　　年　　月頃

施設名：　　）

◆ご利用時のご本人・ご家族のニーズ

写真の施設内掲示および広報掲載(家族・地域に配布)：□了解する　□了解しない

◆入所やショートステイご利用時のご家族のニーズ

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

◆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ご家族の管理でお願いしておりますが、衛生面や整理・整頓が必要な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・家族の管理とする）

※そのほか日常生活や介護に関して注意していることがありましたら下記にご記入ください。

（　　）