

利用者申込書

介護老人保健施設
エスポワール岬施設長殿

令和 年 月 日

紹介先 : 行政・病院施設・居宅介護支援事業所・訪問看護・その他

介護認定度 : 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・申請中/区変中

利用者	フリガナ													
	氏名		男女							明・大・昭	年	月	日生	歳
	住所	〒								TEL	()			

相談者	フリガナ												
	氏名		続柄							年齢			
	住所	〒								自宅	()	携帯	()
	勤務先名									TEL	()		

家族構成	利用者本人からみた家族(人数)を記入して下さい。その内、同居している方()人													
	配偶者	子(男	人	女	人)	孫(人)	母親	父親	兄弟(人)	姉妹(人)	その他(

利用希望	1, 入所	ヶ月程度	居室希望 :	四人部屋	・	個室	・	四人部屋空き待ちの個室(可・不可)													
	2, ショートステイ	/	~	/	送迎希望 :	有	・	無													
	3, 通所リハビリテーション	居宅事業所:	担当CM:	・利用日 :	月	・	火	・	水	・	木	・	金	・	土	計	週	回	・送迎希望 :	有	・
	・短期集中リハビリテーション :		希望する (病院	・	/	/	退院)													

利用理由	1, 身体的介護困難	(移動・排泄・入浴・食事・着脱)
	2, 認知症で介護困難	(徘徊・不眠・不穏・不潔行為・幻覚・妄想)
	3, 介護者不在	4, その他

現在の状況	1, 在宅生活中・かかりつけ医	病院・医院	科	先生						
	2, 入院中・主病名	(病院	科)	入院日	/	/	~	/	/
	3, 入所	()	入所日	/	/	~	/	/	
	既往歴									

相談者の連絡先	氏名	続柄	年齢	住所	TEL
	①				自宅
	②				
					携帯

夜間	
----	--

退所後の方向性 在宅・特別養護老人ホーム・グループホーム(施設申込:無・有))