

利用者申込依頼書

受付日 年 月 日

医療法人社団 修和会 介護老人保健施設 カトリア六甲 受付担当者:

希望サービスに☑して下さい 入所(人部屋希望) ショートステイ デイケア

ふりがな			男 ・ 女	生年月日	M T S	年 月 日 (歳)
利用者氏名						
利用者住所	〒 TEL					
請求書先に○	ふりがな					
	依頼者氏名	年齢(歳) 続柄()				
	依頼者住所	〒 TEL 携帯				
	その他連絡先	氏名 続柄() TEL 氏名 続柄() TEL				
家族・親族図とキーパーソン		要介護度 1・2・3・4・5 要支援1・2 更新中・変更申請中(月 日付) 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日 在宅支援事業者名 あんしんすこやかセンター 指定居宅介護支援事業所 担当ケアマネージャー氏名 連絡先 TEL かかりつけ医 病院・医院 主治医氏名 Dr.(科) 連絡先 TEL 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input checked="" type="checkbox"/> (主) 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/>				
受診状況	病院・医院(科) 回/月・週		病院・医院(科) 回/月・週		病院・医院(科) 回/月・週	
利用者の生活歴 ※わかる範囲でご記入ください	利用者及び家族の意向 本人: 家族: ご利用はどのようにお考えでしょうか? 入所 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以上3ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 定期的に <input type="checkbox"/> 次の場所が決まるまで ショートステイ <input type="checkbox"/> 月に 日程度で <input type="checkbox"/> 数泊を定期的に <input type="checkbox"/> 希望する日程のみで <input type="checkbox"/> いつでもよい デイケア <input type="checkbox"/> 週に 回利用したい 希望日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 在宅での介護で不安なことは何ですか? <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 目が離せない(昼・夜) <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 介護の方法がわからない <input type="checkbox"/> 介護者の事情 <input type="checkbox"/> その他 在宅での介護はどれくらいの期間なら出来そうですか? <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 2週間程度 <input type="checkbox"/> 2泊3日程度 <input type="checkbox"/> 1泊2日 <input type="checkbox"/> 1日も出来ない					
出生						
長く住んでいた場所						
馴染みの地域						
長く勤めた仕事						
趣味						
若い頃の性格や老後の生活変化						
入院・入所歴						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 () <input type="checkbox"/> 施設入所中 ()					
申し込みの理由	入所希望の方は退所後の予定をご記入下さい <input type="checkbox"/> 在宅(本人宅・家族宅) <input type="checkbox"/> 高齢者住宅 <input type="checkbox"/> グループホーム					
経済状況	年金1カ月約 円 負担割合 割 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 介護付き有料ホーム <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 生活保護(区 CW) <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定区分 第 段階 <input type="checkbox"/> 不明					
入所・ショート中の衣類	<input type="checkbox"/> リース服を希望したい <input type="checkbox"/> 私物で準備したい <input type="checkbox"/> どちらにするか決まっていない					