

老人保健施設 さざなみ苑 サービス利用申込書

申込日 年 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	Tel ()			
氏名			年 月 日 歳				
住所	〒 _____						
＜利用形態＞ 入所 ・ 短期入所療養介護							
＜要介護状態＞ 申請中・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							
＜行動障害＞ 無・有（徘徊・帰宅願望・介護抵抗・暴行・暴言・（ ））							
＜既往歴＞		＜かかりつけ医＞ ・病院名（ ）科 主治医（ ） [通院・往診・入院] ・病院名（ ）科 主治医（ ） [通院・往診・入院]					
＜申込理由＞ ・ 介護者又は家族が病気のため ・ 介護疲れのため ・ 介護者が不在するため ・ 住宅改修中のため ・ 他施設の入所待ちのため ・ リハビリ ・ 栄養（食事）改善 ・ その他（ ）		＜現在の状況＞ ・ 在宅生活（主介護者 ） ・ 入院中（病院名 ） 入院期間：年 月 日～年 月 日予定 ・ 施設入所中（施設名： ） 入所期間：年 月 日～年 月 日予定					
		＜今後の予定＞ [施設名] ・ 未定 ・ 自宅 ・ 施設生活継続					
【 家 族 構 成 】							
[同 居 者]				[同 居 者 以 外]			
氏名	年齢	続柄	職業	氏名	年齢	続柄	職業
申込者	氏名			Tel ()	本人との続柄		
	住所	〒 _____					
その他連絡先	氏名			Tel ()	本人との続柄		
	住所	〒 _____					

受付日	受付担当者	介護支援専門員

事務部長	支援相談員等