

利用申込書

記入日	令和 年 月 日	希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> デイケア		
利用者	ふりがな	生年月日		年齢	性別
	氏名	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	才	男・女
	住所	〒 _____ TEL () - _____			
申込者	ふりがな	続柄	性別	年齢	職業
	氏名		男・女	才	
	住所	〒 _____ TEL () - _____			
請求先	氏名	続柄		<input type="checkbox"/> 申込者と同じ	
緊急連絡先	氏 名	続柄	同居・別居	電話番号	電話番号
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	携帯： _____	会 社： _____
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅： _____	その他： _____
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	携帯： _____	会 社： _____
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	自宅： _____	その他： _____
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	携帯： _____	会 社： _____
入所	目 的	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他（下記の希望記入欄に記入）			
	部 屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも良い			
	期 間	<input type="checkbox"/> 約 か月 <input type="checkbox"/> 未定			
	今後の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設（ <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 有料） <input type="checkbox"/> 検討中			
	申請済の施設	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> その他（下記の希望記入欄に記入）			
短期入所	目 的	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他（下記の希望記入欄に記入）			
	部 屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも良い			
	期 間	<input type="checkbox"/> 定期利用（ 日/週・月） <input type="checkbox"/> 不定期			
デイケア	目 的	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会交流 <input type="checkbox"/> その他（下記の希望記入欄に記入）			
	希望曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (週 回)			
希望記入欄	_____				
居 宅		ケア		電話番号	
主治医		主治医		電話番号	
介護保険	被保険者番号		保険者番号	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
				減額認定	食 費 円
	認定日				住居費 円
	有効期間	～		備考：	
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護（担当ワ-カ名： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
身障者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 種 級 障害名： _____ ）				
精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 級）				

【確認・同意事項】

利用申し込みにあたり、本申込書内に記載した関係機関・関係者等より個人情報の提供を受ける事および連携を取り合うことについて同意いたします。
 インターネットホームページおよび広報誌等への行事写真等の公開・掲載を（同意する・同意しない）

氏名(申込者氏名)： _____ (続柄： _____)

現病歴・既往歴	病名	年代or年齢	病名	年代or年齢

入院歴	病院名	年代or年齢	病院名	年代or年齢

家族構成（介護者に○）	氏名		続柄	年齢	居住状況 (※別に居住している場合には、居住地の市・区を記入)	
				才	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(居住地： 市 区)
				才	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(居住地： 市 区)
				才	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(居住地： 市 区)
				才	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(居住地： 市 区)
				才	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(居住地： 市 区)

生活歴	出身	最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 その他()	兄弟姉妹	()人兄弟の()番目 男()人・女()人
	仕事内容 いつまで		結婚歴 有・無 ()才頃()回目		子供 有・無 男性()名 女性()名
	趣味		性格		
	飲酒	なし・あり ()合/日	喫煙	なし・あり ()本/日	
	好きな物		嫌いな物		
	その他				

目標	ご本人	ご家族
----	-----	-----

感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食物 薬物)
予防接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コロナ(接種日:) <input type="checkbox"/> インフルエンザ(接種日:)
体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> その他()
身長	cm 体重 kg (測定日)

※本書式を提出しただけでは申し込みとなりません。必ず入所相談のため施設に連絡、ご来所ください。

利用申込書

記入日	令和 5年 3月 1日	希望サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> デイケア				
利用者	ふりがな	ふくおか たろう		生年月日	年齢	性別	
	氏名	福岡 太郎	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	12年 3月 30日	86才	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	
	住所	〒814-0139 福岡市早良区田村2丁目15-1 TEL (XXX) 000-△△△△					
申込者	ふりがな	やまぐち さちこ		続柄	性別	年齢	職業
	氏名	山口 幸子	長女	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	58才	看護師	
	住所	〒814-8501 福岡市早良区百道2丁目1-1 TEL (090) 1234-5678					
請求先	氏名		続柄		<input checked="" type="checkbox"/> 申込者と同じ		
緊急連絡先	氏名	続柄	同居・別居	電話番号	電話番号		
	福岡 花子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	携帯： 自宅：(XXX) 000-△△△△	会社： その他：		
	山口 幸子	長女	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	携帯：(XXX) 000-△△△△ 自宅：	会社：(XXX) 000-△△△△ その他：		
	山口 次郎	長女の夫	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	携帯：(XXX) 000-△△△△ 自宅：(XXX) 000-△△△△	会社： その他：		
入所	目的	<input checked="" type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他（下記の希望記入欄に記入）					
	部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input checked="" type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも良い					
	期間	<input checked="" type="checkbox"/> 約 3 か月 <input type="checkbox"/> 未定					
	今後の方向性	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設（ <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 有料） <input type="checkbox"/> 検討中					
	申請済の施設	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> その他（下記の希望記入欄に記入）					
短期入所	目的	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他（下記の希望記入欄に記入）					
	部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも良い					
	期間	<input type="checkbox"/> 定期利用（ 日/週・月） <input type="checkbox"/> 不定期					
デイケア	目的	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会交流 <input type="checkbox"/> その他（下記の希望記入欄に記入）					
	希望曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 （週 回）					
希望記入欄	自宅に戻るために、自分でトイレに行けるようにリハビリをお願いします。						
居宅	サンシャインシティ	ケア	山田花子さん	電話番号	(XXX) 000-△△△△		
主治医	陽輝リハビリテーション病院	主治医	内科 佐藤先生	電話番号	(XXX) 000-△△△△		
介護保険	被保険者番号	保険者番号	要介護度	減額認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
	000012345678401372		2		食費	1360 円	
	認定日	令和4年4月12日		住居費	370 円		
	有効期間	令和4年5月1日～令和7年4月30日		備考：			
医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護（担当ワカ名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
身障者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ 1種 1級 障害名：脳出血、脳梗塞による左上肢・下肢機能障害 ）						
精神障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 級）						

【確認・同意事項】

利用申し込みにあたり、本申込書内に記載した関係機関・関係者等より個人情報の提供を受ける事および連携を取り合うことについて同意いたします。
インターネットホームページおよび広報誌等への行事写真等の公開・掲載を（同意する・同意しない）

氏名(申込者氏名)： 山口 幸子 （続柄： 長女 ）

現病歴・既往歴	病名	年代or年齢	病名	年代or年齢
	脳出血	2022年		
	高血圧	2010年		
	慢性心不全	2010年		
	左人工股関節置換術	2010年		

入院歴	病院名	年代or年齢	病院名	年代or年齢
	陽輝リハビリテーション病院	2010年		
	陽輝リハビリテーション病院	2022年		

家族構成 (介護者に○)	氏名		続柄	年齢	居住状況 (※別に居住している場合には、居住地の市・区を記入)	
	○	福岡 花子	妻	82才	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(居住地: 市 区)
		山口 幸子	長女	58才	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	(居住地: 福岡 市 早良 区)
		山口 次郎	長女の夫	60才	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	(居住地: 福岡 市 早良 区)
		福岡 小太郎	長男	56才	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	(居住地: 糸島 市 区)
		福岡 桜子	次女	55才	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	(居住地: 福岡 市 東 区)
				才	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(居住地: 市 区)

生活歴	出身	佐賀県唐津市	最終学歴	<input checked="" type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 その他()	兄弟姉妹	(5)人兄弟の(5)番目 男(4)人・女(1)人
	仕事内容 いつまで	建設会社で大工 65歳まで	結婚歴	(有) ・ 無 (26)才頃(1)回目	子供	(有) ・ 無 男性(1)名 女性(2)名
	趣味	カラオケ	性格	優しい		
	飲酒	(なし)・あり ()合/日	喫煙	(なし)・あり ()本/日		
	好きな物	何でも食べる	嫌いな物	なし		
	その他	建設会社で九州各地(福岡・沖縄・熊本)のドーム・病院等の建設に関わってきました。				

目標	ご本人 家に帰る	ご家族 一人でトイレと車椅子移動ができるようになってほしい
----	----------	-------------------------------

感染症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食物 薬物)		
予防接種	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> コロナ (接種日: 5回目 R4.12.28) <input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ (接種日: R4.10.25)		
体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input checked="" type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> その他()		
身長	165 cm	体重	67 kg (測定日 2月10日)

※本書式を提出しただけでは申し込みとなりません。必ず入所相談のため施設に連絡、ご来所ください。