

利用者申込書

介護老人保健施設

エスポワール成田 施設長殿

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 (担当)

介護認定度： 要支援 1・2 ・ 要介護 1・2・3・4・5 ・ 申請中/区変中 介護保険：1割・2割負担

利用者	フリガナ氏名	様 (男・女) 明・大・昭 年 月 日生 歳				
	住所	〒 電話				
相談者	氏名	歳 続柄				
	住所	〒 自宅電話 携帯電話				
	勤務先名	電話(内線)				
利用希望	1, 入所	/		まで		居室希望：四人部屋 ・ 個室
	2, ショートステイ	/		～ /		
	3, 通所リハビリテーション	月・火・水・木・金・土			入浴希望： 有 ・ 無	

退所後の方向性 在宅(様 宅) ・ 特別養護老人ホーム ・ グループホーム ・ その他施設

リハビリの目標を教えてください 例 バットから車いすの移乗が一人でできる等

目標：

現在の状況	1, 在宅生活中 (同居 ・ 別居)	かかりつけ医			病院・医院		
	2, 入院中	病院	入院日	H / /	～H	/ /	
	3, 入所		入所日	H / /	～H	/ /	
	4, 通所(ディサービス・ディケア)		利用開始日	H / /	月ごろ	週 回利用中	

相談者以外の連絡先	氏名	続柄	年齢	住所	TEL
	①				自宅
	②				携帯 自宅 携帯