利 用 申 込 書

相談受付日	令和 年 月 日	相談受付者	吉田 ・ 佐竹
フリガナ		男・女	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳
氏名	様		
住所 (〒)		TEL ( )	
フリガナ 氏名	様 続柄	TEL ( )	
申込者 住所		携帯 ( )	
利用希望内容	1.入所療養介護 ( )ヶ月間 2.短期入所療養介護 ( ) 3.通所リハビリテーション ( )		
利用目的	希望部屋 個室 ・ 多床室 1.リハビリ ( ) 2.社会交流 ( ) 3.介護困難・在宅生活困難 4.その他 ( )		
現在の状況	※サービス内容・事業所名など記入		
1. 在宅	利用サービス： 通所介護・通所リハ ( ) 短期入所 ( ) 訪問介護 ( ) 訪問看護 ( ) 訪問リハビリ ( )		
2. 入院中	病院名 ( ) 令和 年 月から入院		
3. 入所中	施設名 ( ) 令和 年 月から入所		
介護度	要支援・要介護 ( ) ・ 区分変更中 ・ 認定調査中 ・ 未申請 有効認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 介護保険負担割合証 割 介護保険負担限度額証 あり(第 段階) ・ なし・不明 居宅介護支援事業所 担当ケアマネージャー		
かかりつけ医	医療機関名 ( ) 診療科 ( ) Dr ( ) 医療機関名 ( ) 診療科 ( ) Dr ( )		
退所後について	1.自宅 2.施設 ( ) 3.その他 ( )		

※裏面に続く

※施設記入欄

面接日	令和 年 月 日 ( )	:	面接場所
検討会議日	令和 年 月 日 ( )	:	
契約日	令和 年 月 日 ( )	:	
利用開始日	令和 年 月 日 ( )	:	
備考			

〒583-0857 大阪府羽曳野市誉田3丁目15番6号

医療法人 颯仁会 介護老人保健施設 まほろば

TEL 072-958-6655

FAX 072-958-5315

ご本人様の情報	身長	c m	体重	kg
	既往歴	病名( )	時期( )	医療機関( )
		病名( )	時期( )	医療機関( )
		病名( )	時期( )	医療機関( )
	コロナワクチン接種	未	・ 済	( ) 回
	インフルエンザ予防接種	未	・ 済	
	義歯	無	・ 有 →	部位： 上 部分・全部/下 部分・全部

家族構成		氏名	続柄	年齢	利用者との関係	備考
	キーパーソン				同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	

意向・希望

ご本人様の意向・希望

_____

_____

_____

_____

ご家族様の意向・希望

_____

_____

_____

私は、当施設当施設の申し込みにあたり、個人情報保護法の基本理念に基づき適正に取り扱われるものとし、入所の判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、医療機関等に、個人情報の収集・利用されることに同意いたします。

令和 年 月 日

ご利用者様氏名

同意者様氏名

ご利用者様との関係