

利用申込書

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構
滋賀病院附属介護老人保健施設

区分 1. 一般入所 2. 短期入所 3. 通所リハ

利用申込者	氏名	(フリガナ) _____	男 ・ 女	明 大 昭	年	月	日	生
	住所	〒 _____ 都府 道県	電話	(_____)				
連絡先①	氏名	(フリガナ) _____	住	〒 _____ _____	(同居・別居)			
	続柄	(_____)	所	携帯☎ (_____)	自宅☎ (_____)			
連絡先②	氏名	(フリガナ) _____	住	〒 _____ _____	(同居・別居)			
	続柄	(_____)	所	携帯☎ (_____)	自宅☎ (_____)			
(利用の目的・困りごと)								

(ご本人及び家族の意向)								
ご本人 : _____								
ご家族 : _____								
(退所後の予定)								
<input type="checkbox"/> 自宅に帰る <input type="checkbox"/> 住宅施設型サービス <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他(_____)								
(申し込み施設名等)								

利用希望日の有無				居室の希望				
無・有 (月 日 ~ か月間)				<input type="checkbox"/> ① 1人部屋 <input type="checkbox"/> ② 2人部屋 <input type="checkbox"/> ③ 4人部屋				
家族の状況				現在の状況				
氏名	続柄	年齢	居住状況	①入院中(病院名: _____)(入院期限: /)				
	本人			②施設入所中(施設名: _____)				
			同居・別居	③在宅(かかりつけ医: _____)(次回受診日: /)				
			同居・別居	使用中の介護サービス				
			同居・別居	居室介護支援事業所名		既往歴		
			同居・別居					
現在の要介護区分				在宅ケアマネージャー氏名				
要介護 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="checkbox"/> 区変中								

*1 この申込書は、施設に持参いただくか郵送してください。
*2 入所の可否は追ってお知らせします。

受付年月日 令和 年 月 日