

利 用 申 込 書

令和 年 月 日

医療法人大志会 介護老人保健施設
アンビションうちこ園

住所	
申込者 氏名	印
続柄 ()	
電話	

記 入 欄										
フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					
御利用者名	印			性 別	男 ・ 女	年 齢	歳			
御 住 所	〒			要 介 護 度			保険者番号			
				被保険者番号						
				認定有効期間	～					
希 望 サービス	1 一般入所			2 短期入所			3 通所リハビリ			
	入所希望日			入所希望日			利用希望曜日			
	部屋の希望	1・2・4 人部屋		部屋の希望	1・2・4 人部屋		利用時間帯			
	認知症の有無	有 ・ 無		利用日数	日		希望送迎時間			
申込理由	1. リハビリ 2. 介護が困難 3. その他									
居宅介護支援事業所名				担当介護支援専門員 (ケアマネージャー)						
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2									
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
連絡先①	氏名			住所				電話番号		
連絡先②	氏名			住所				電話番号		
かかりつけ病院名				主治医			主病名			
退所後の予定	1. 自宅で生活 2. 家族宅へ転居 3. 老人ホームの利用 4. 考えていない 5. その他 ()			その他 (特記事項)						

※ 利用申込書は FAX、郵送又は直接持参ください。後日 事前面接の日時又は採択の可否をご連絡致します。
※ 担当ケアマネージャーがいる場合は、ケアマネージャーに連絡いたしますので、そちらにご相談ください。
※ TEL 0893-59-2211 : FAX 0893-44-6350 郵送先 〒791-3301 喜多郡内子町内子 3683 番地