

利用申し込み用紙

※□には”レ”をお入れ下さい

記入日 年 月 日

※本人氏名は介護保険証記載されているものでお願い致します。

記入者 続柄

ご本人基礎情報	フリガナ	要介護度	世帯状況	
	氏名		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 「第一連絡先」と同居 <input type="checkbox"/> 「第二連絡先」と同居 <input type="checkbox"/> その他の者と同居	
	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳		<input type="checkbox"/> その他の者と同居 ↳氏名 (続柄)	
	住所 〒		電話.....(.....) 携帯.....(.....)	
電話.....(.....) 携帯.....(.....)				
ご本人の生活歴 (生い立ちから現在に至るまでの経緯をご記入下さい。)				
育った環境	() 都・道・府・県 生まれの () 都・道・府・県 育ち			
兄弟姉妹	() 人 兄弟姉妹 の () 番目			
結婚歴	あり (歳) ・ なし			
配偶者	あり ・ なし (離別 ・ 死別)	子供	あり () 人 ・ なし	
職歴				
現状と希望	<input type="checkbox"/> 入院・入所中 入院・入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日 入院・入所先名			
	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 <input type="checkbox"/> 自宅以外場所にて生活中 (場所)			
	<input type="checkbox"/> 入所希望 <input type="checkbox"/> 期間指定 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> ショート希望 <input type="checkbox"/> 空き次第早々に <input type="checkbox"/> 特に希望日なし <input type="checkbox"/> 送迎希望 (送迎範囲内の方のみ) 居室希望 <input type="checkbox"/> 多床室 (4 人部屋) <input type="checkbox"/> 2 人部屋 <input type="checkbox"/> 個室			
利用理由	<input type="checkbox"/> 本人のリハビリ (歩行・排泄動作・睡眠障害・生活リズム・食事動作・飲み込み) の為 <input type="checkbox"/> 介護者 (副介護者を含む) が病気なため <input type="checkbox"/> 介護者の休養のため <input type="checkbox"/> 在宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()			
	◆ご本人が施設に希望すること ※具体的内容をお願いします		◆ご家族等介護者が施設に希望すること ※具体的内容をお願いします	

医療行為		現疾患・既往歴 等		
<input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 褥瘡治療 <input type="checkbox"/> その他 ()				
かかりつけ病院等	かかりつけ病院① 病院名.....入院歴あり..... 通院..... 往診..... 医師名..... (.....科)..... 住 所 〒..... 電話番号.....	かかりつけ病院② 病院名.....入院歴あり..... 通院..... 往診..... 医師名..... (.....科)..... 住 所 〒..... 電話番号.....		
	の 緊急時の病院 ※アバンセ協力病院以外の医療機関への受診・入院を希望される場合、ご記入下さい。			
第一緊急連絡先	フリガナ.....		※該当するものに”レ”を入れてください。 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 副介護者 (主介護者を補助するもの) <input type="checkbox"/> 利用決定等、案内通知先 <input type="checkbox"/> 利用料支払い者 (支払いを代行を含む) <input type="checkbox"/> 救急等、緊急時の第一連絡先 <input type="checkbox"/> 病院通院・入院時の付き添い人 <input type="checkbox"/> 後見人 (成年後見制度)	
	氏名.....	年齢.....		続柄.....
	住所 〒.....			
	電 話.....			
	携 帯.....			
第二緊急連絡先	フリガナ.....		※該当するものに”レ”を入れてください。 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 副介護者 (主介護者を補助するもの) <input type="checkbox"/> 利用決定等、案内通知先 <input type="checkbox"/> 利用料支払い者 (支払いを代行を含む) <input type="checkbox"/> 救急等、緊急時の第一連絡先 <input type="checkbox"/> 病院通院・入院時の付き添い人 <input type="checkbox"/> 後見人 (成年後見制度)	
	氏名.....	年齢.....		続柄.....
	住所 〒.....			
	電 話.....			
	携 帯.....			
社会資源	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (.....週 日) <input type="checkbox"/> 短期入所 (.....週 日) <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (.....週 日) <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> その他 (.....) <input type="checkbox"/> 通所 (.....週 日) <input type="checkbox"/> 福祉用具 (.....)			
退所後の方向性	在宅 ・ 有料老人ホーム ・ サービス付き高齢者住宅 ・ グループホーム 特別養護老人ホーム 申し込み (済 ・ 未) 施設名 (.....) その他 (.....)			
備考				