

介護老人保健施設 かーさ・あもーれ 利用申込書

【利用希望サービス】 入 所 ・ 短期入所(ショートステイ) ・ 通所リハビリテーション(デイケア)

ふりがな 利用者氏名	男 ・ 女	明・大・昭・平	年 月 日生	歳
住所:		TEL:		
現在の居住先	同上	・入院中()	・入所中()	
要介護認定	申請中(月 日 申請 ・ 月 日 調査 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
ケアマネジャー	事業所名		TEL:	
	担当者名			
連絡先1番 氏名				続柄()
住所:	勤務時間			
TEL:①()				②()
日中御連絡先 (勤務先名称等)				
連絡先2番 氏名				続柄()
住所:	勤務時間			
TEL:①()				②()
日中御連絡先 (勤務先名称等)				
【老健かーさ・あもーれを利用することで達成したい目標や希望をお書きください】				
本人さま				
ご家族さま				
コロナ関連	ワクチン接種歴 有(時期: 回目まで) ・ 無 コロナ感染歴 有(時期:) ・ 無			
アレルギー	食物 有 ・ 無 薬 有 ・ 無 他:			
既往歴				
入所	退所後について 1. 自宅 2. ()と同居 3. 他施設への入所 4. その他()			
	歯科による歯のケアを希望する(有料) 希望あり ・ 希望なし			
	洗濯 施設へ依頼 ご家族対応			
短期入所	希望期間: 月 日 ~ 月 日 ・ 月 日 ~ 月 日 備考()			
通所リハビリ	利用の希望日 : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 送迎希望: 有 ・ 無			