

葛飾区内短期入所療養介護・通所リハビリ事業利用申込書

施設長あて

平成 年 月 日

申 込 者	氏名	本人 ・ 家族（続柄： ） ・ その他（ ）
	住所	
	連絡先	（ ）

利 用 者	ふりがな	男	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	氏名	女	年	月 日 歳
	住所 〒	葛飾区 丁目 番 号 電話（ ）		
介護保険被保険者番号				
要介護状態区分		要支援（ 1 ・ 2 ）、要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）		
認定の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
連絡先（緊急時）		氏名 続柄		
		住所		
		電話 自宅（ ） 勤務先等		
希望居室		4人部屋 ・ 2人部屋 ・ 個室		
利用希望日		年 月 日～年 月 日 週 回（月・火・水・木・金・土）		
送迎希望		有 [往復 片道（ 行き ・ 帰り ）] 無		
入浴希望		有 [週 回（ 一般浴 ・ 機械浴 ）] 無		
居宅介護支援事業者名			
担当者名	 電話（ ）		
本人の状況（該当するものを○で囲んでください）				
移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車いす ・ その他（ ）				
食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ 胃ろう ・ 経管栄養 ）				
主食（ 常食 ・ 粥 ） 副食（ 常菜 ・ きざみ ・ ミキサー ）				
排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
ポータブル ・ おむつ使用（ 常時・夜間のみ ） ・ バルーンカテーテル				
認知症： 有 ・ 無				
問題行動： 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他（ ）				
感染症： 有 ・ 無				
施設への希望			施設処理欄	

☆ この利用申込書のほかに、診療情報提供書等が必要となる場合があります。