

# 利 用 申 込 書

介護老人保健施設イルアカーサ

令和 年 月 日

利用者	ふりがな 氏 名	Ⓜ	男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日	歳
	住 所	〒			電 話	
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 区分変更中				被保険者 番 号	
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日			認 定 日	年 月 日	
負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有（第1・第2・第3・第4段階）					
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種別名 種 級 番号 ）					
利用種別	<input type="checkbox"/> 入所	居室希望： 個室・4人部屋		入所希望時期 月頃		
	<input type="checkbox"/> 短期入所	希望期間： 月 日～ 月 日		利用日数 日間		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	希望回数：週に 回		希望曜日：月・火・水・木・金・土		
利用目的	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 家族の休息 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中 主たる介護者（ ）					
	<input type="checkbox"/> 入院中 病院名（ ）					
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名（ ）					
お申込み事由	当施設をお選びいただいた理由をご記入ください。					
特別な処置						
既往歴						
かかりつけ医	病院名（ ）					受診：週・月 回
居宅サービスの利用状況（現在・直近の利用状況をご記入ください）						
居宅介護支援 事業所	事業所名：					
	住 所：					
	電 話：			担当ケアマネージャー：		
訪問介護	回/月	訪問看護	回/月	短期入所療養介護	回/月	
訪問リハ	回/月	通所介護	回/月		1回	泊 日
通所リハ	回/月	居宅療管理指導	回/月	短期入所生活介護	回/月	
福祉用具貸与					1回	泊 日
退所後の意向	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	※現在、申込みされている施設があればご記入下さい。施設名（ ）					
申込者	ふりがな 氏 名	Ⓜ	続 柄		年 齢	歳
	住 所	〒			電 話	
	勤 務 先				携 帯 電 話	
施設記入欄	施設ID		受付日		担当	