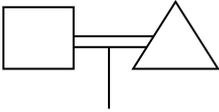


利用申込書（入所・短期入所・通所リハビリ）

申込日 平成 年 月 日

利用者 氏名	カガナ		明大昭		性別	男・女
	様		生年月日	年 月 日()歳		
住所	〒			電話番号		
要介護度	自立・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 介護保険認定有効期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）					
主介護者 (キーパーソン)	氏名				続柄	
	住所	〒			電話番号	
					携帯電話	
					職場電話	
主介護者 以外の 連絡先	氏名				続柄	
	住所	〒			電話番号	
					携帯電話	
					職場電話	
	氏名				続柄	
	住所	〒			電話番号	
					携帯電話	
					職場電話	
請求先	氏名				続柄	
	住所	〒			電話番号	
		携帯電話				
家族状況	独居 夫婦のみ 日中独居 その他（ ）					
家屋状況	持家 公営住宅 借家 アパート その他（ ）					
入所を 希望する 理由	<p>※当てはまるもの全てに、V印を付けてください。</p> <input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じる。 <input type="checkbox"/> 介護者（家族等）が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他、介護で困っている事がありましたらお書きください。 （ ）					
認知症状	<p>※当てはまるもの全てに、V印を付けてください。</p> <input type="checkbox"/> 認知なし <input type="checkbox"/> 認知あり （困っている症状） （ ）					

生活歴	職業	
	暮らしの中の出来事	
《 家 系 図 》		
 <p> 本人：☆ 男性：□ 女性：△ 死亡：■▲ 主介護者：◎ 副介護者：○ </p>		
本人が入所に至るまでの経緯		
相談内容 介護負担・悩み などについて		