

## 療養通所介護センター梅ヶ丘

## 利用申込書

## 療養通所介護

の利用を希望します 申込日

年 月 日

ケアマネジャー		申込者機関名	
電話番号		FAX	

## 利用者基本情報

(ふりがな) 利用者名	男 ・ 女	家族構成 (同居家族) は○で囲んで下さい
住 所		本人 <input type="checkbox"/>
生年月日	T / S / H / R 年 月 日 ( 歳)	
電話番号	携帯	◆キハ°-ソ
連絡先	名前: 続柄 連絡先	

介護保険	区変中 申請中	要介護1・2・3・4・5	負担割合 1・2・3
	認定有効期限:	年 月 日 ~ 年 月 日	
主治医医療機関名	病院名	訪問診療曜日	月・火・水・木・金・土
	医師名	主病名	
訪問看護ステーション		サービス曜日	月・火・水・木・金・土
利用申込理由・経緯・特記事項			

## 導入の意向

希望利用曜日	いつでも・月・火・水・木・金・土	希望利用回数	週 <u>    </u> 回
医療管理の有無	(HOT・IVH・点滴注射・各種ストーマ・CAPD・PTCD・人工呼吸器・他)	入浴介助の希望	有 無
主治医への相談	済・未	本人または家族の了承を	得た・得ていない
指示書交付依頼	済・未		

## 身元引受人・連絡者

(ふりがな) 利用者名		続柄		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所				電話番号	