

介護老人保健施設入所利用申込書

年 月 日

おおい町保健・医療・福祉総合施設
 介護老人保健施設
 施設長 白崎 信二 様

申込者 氏名 ㊟

利用者との続柄()

おおい町保健・医療・福祉総合施設 介護老人保健施設「なごみ」のサービスの利用を申込みます。

利用者	氏名	フリガナ	男・女	明治 大正 年 月 日 昭和 歳
	住所	〒 -	電話	F A X
連絡先 ①	氏名	フリガナ	電話 (自宅) (携帯) (メールアドレス)	
	住所	〒 -		
連絡先 ②	氏名	フリガナ	電話 (自宅) (携帯) (メールアドレス)	
	住所	〒 -		
かかりつけの医療機関 (医療機関名) (担当医)			ケアマネージャー (事業所)	
要介護 (支援) 認定		介護保険負担限度額認定証 段階		
希望される月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	希望の部屋	個室 ・ 4人部屋 ・ どちらでも構わない	
希望理由	1. リハビリ (日常生活の訓練) 2. 保養 3. 家庭での介護が困難 土介護者あり(続柄:) ・ な 1. 4. その他 ()	退所後の 方針	1. 自宅 2. 他施設 (申込み 済 ・ 未) (申込日 年 月 日) (申込先) 3. 検討中 (理由:)	
現在の生活場所	自宅 施設 (名称: 介護老人保健施設 ・ グループホーム ・ その他) 病院 (名称:)			
救急の時に医師に伝えたいことがあれば「□」の中にチェックして下さい				
① <input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい				
② <input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置のみ希望する				
③ <input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命処置を希望する				
④ <input type="checkbox"/> 転院や搬送してほしい (医療機関名:) ※状態により転院や搬送が困難な場合もあります				
生活に対するご意向がございましたらお書き下さい。				