

介護老人保健施設短期入所利用申込書

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	フリガナ		男・女	明治 大正 昭和	年 月 日	歳
	氏名	〒 -	電話			
	住所	〒 -	F A X			
連絡先 ①	フリガナ		電話 (自宅)			
	氏名		(携帯)			
	住所	〒 -	(メールアドレス)			
連絡先 ②	フリガナ		電話 (自宅)			
	氏名		(携帯)			
	住所	〒 -	(メールアドレス)			
かかりつけの医療機関 (医療機関名) (担当医)			ケアマネジャー (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 主介護者(めり)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。						