

利用申し込み用紙

※□には”レ”をお入れ下さい

記入日 年 月 日

記入者 続柄

※本人氏名は介護保険証記載されているものでお願い致します。

ご本人基礎情報	フリガナ		要介護度	世帯状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 「第一連絡先」と同居 <input type="checkbox"/> 「第二連絡先」と同居 <input type="checkbox"/> その他の者と同居 └ 氏名 (続柄) 電話 () 携帯 ()	
	氏名				
	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳				
	住所 〒				
	電話	()			
	携帯	()			

ご本人の生活歴（生い立ちから現在に至るまでの経緯をご記入下さい。）

育った環境	() 都・道・府・県 生まれの () 都・道・府・県 育ち		
兄弟姉妹	() 人 兄弟姉妹 の () 番目		
結婚歴	あり () 歳 ・ なし		
配偶者	あり ・ なし (離別 ・ 死別)	子供	あり () 人 ・ なし
職歴			

現状と希望	□入院・入所中 入院・入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	入院・入所先名		
	□在宅生活中 □自宅以外場所にて生活中 (場所)		
	□入所希望	□期間指定 年 月 日 ~ 年 月 日	
	□ショート希望	□空き次第早々に	□特に希望日なし
居室希望	□多床室 (4人部屋)	□2人部屋	□個室

利用理由	□本人のリハビリ (歩行・排泄動作・睡眠障害・生活リズム・食事動作・飲み込み) の為	
	□介護者 (副介護者を含む) が病気なため	
	□介護者の休養のため	
□在宅での介護が困難なため		
□その他 ()		
<p style="text-align: center;">◆ご本人が施設に希望すること ※具体的な内容をお願いします</p>		<p style="text-align: center;">◆ご家族等介護者が施設に希望すること ※具体的な内容をお願いします</p>

医療行為		現疾患・既往歴 等		
<input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 褥瘡治療 <input type="checkbox"/> その他 ())				
かかりつけ病院等	かかりつけ病院① 病院名 入院歴あり 通院 往診 医師名 (..... 科) 住 所 〒 電話番号		かかりつけ病院② 病院名 入院歴あり 通院 往診 医師名 (..... 科) 住 所 〒 電話番号	
	※アバンセ協力病院以外の医療機関への受診・入院を希望される場合、ご記入下さい。			
第一緊急連絡先	フリガナ	続柄	※該当するものに”レ”を入れてください。 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 副介護者（主介護者を補助するもの） <input type="checkbox"/> 利用決定等、案内通知先 <input type="checkbox"/> 利用料支払い者（支払いを代行を含む） <input type="checkbox"/> 救急等、緊急時の第一連絡先 <input type="checkbox"/> 病院通院・入院時の付き添い人 <input type="checkbox"/> 後見人（成年後見制度）	
	氏名	年齢		
	住所 〒			
	電話			
	携 帯			
第二緊急連絡先	フリガナ	続柄	※該当するものに”レ”を入れてください。 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 副介護者（主介護者を補助するもの） <input type="checkbox"/> 利用決定等、案内通知先 <input type="checkbox"/> 利用料支払い者（支払いを代行を含む） <input type="checkbox"/> 救急等、緊急時の第一連絡先 <input type="checkbox"/> 病院通院・入院時の付き添い人 <input type="checkbox"/> 後見人（成年後見制度）	
	氏名	年齢		
	住所 〒			
	電話			
	携 帯			
社会資源	<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 日） <input type="checkbox"/> 短期入所（週 日） <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護（週 日） <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 通所（週 日） <input type="checkbox"/> 福祉用具（ ）			
	退所後の 方向性	在宅・有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅・グループホーム 特別養護老人ホーム 申し込み（済・未） 施設名（ ） その他（ ）		
備考				