

介護老人保健施設フローラさいせい 利用申込書

利用申し込みについて

- 1) 健康診断書は、主治医の先生にご依頼下さい。利用申込書は、ご家族の方がご記入下さい。
- 2) 不明な点がありましたら直接施設の支援相談員までご連絡下さい。
- 3) 健康診断書・申し込み書が揃いましたらご持参もしくはご郵送下さい。

お問い合わせ 介護老人保健施設フローラさいせい
〒990-8545 山形県山形市沖町 79-1
TEL (023) 664-1556 FAX (023) 664-1557
申込専用メールアドレス flora-ny@yamagata-saiseikai.org

①申し込み希望者について

申込日 令和 年 月 日

<入所・短期入所希望者>

ふりがな

氏名 _____ ⑤ 男・女 生年月日 明・大・昭 年 月 日
〒 - 住所 _____
電話 () 要介護認定 未・認定済み(要介護)
負担割合証 (1 2 3)割負担 世帯課税状況 (課税・非課税・生活保護)
担当ケアマネージャー氏名: _____ 事業所名: _____

<家族等連絡先>

ふりがな

①氏名 _____ 男・女 続柄 _____
生年月日 大・昭・平 年 月 日
〒 - 住所 _____
連絡先 () _____
勤務先名: _____ 連絡先 () _____

※ 携帯電話をお持ちの場合はご記入願います。

ふりがな

②氏名 _____ 男・女 続柄 _____
生年月日 大・昭・平 年 月 日
〒 - 住所 _____
連絡先 () _____
勤務先名: _____ 連絡先 () _____

※ 携帯電話をお持ちの場合はご記入願います。

②本人及び家族等について

本人の趣味・娯楽 無 有 ()

※過去していたが、現在できなくなった事柄でも結構です。ご記入ください。

職 業 最終職業 _____

配 偶 者 同居・別居・離別・死別・無し

子 供 無 有 () 同居家族 ()

氏名	本人との 続柄	年齢	同居	職業(勤務先)
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	

③利 用 目 的

本人 ・リハビリの目標()
・その他()

家族 ・リハビリの目標()
・介護者不在 ・健康上の不安 ・介護困難 ・その他()
・具体的に()

④退所後の希望について(※ご検討中のものを○で囲んでください)

- ・在宅での生活を検討中
- ・施設入所を検討中
具体的に検討中の施設種類や施設名 ()
- ・方向性検討中

⑤現在の所在について

現在の所在 ・自宅(持ち家 家族持ち家 借家)(本人の部屋 1階 2階)
・病院(病院名: 科 先生)
・その他()

在宅のかかりつけの先生

病院名 科 先生
病院名 科 先生