社会福祉法人済生会支部山形県済生会

介護老人保健施設フローラさいせい

利用申込書

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](mailto:flora-ny@yamagata-saiseikai.org)

ko

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。

**①申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　　　　　　　　　㊞　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

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。

**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（　　　人）　同 居 家 族 （　　　　　人）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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