

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、主治医の先生にお願いして下さい。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 山形県沖町 79-1

TEL (023) 664-1556

FAX (023) 664-1557

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 _____ (印) 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

障害者手帳 有・無 _____

世帯課税状況 (課税・非課税・生活保護)

<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: _____ Tel () _____

※ 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: _____ Tel () _____

※ 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記載してください。

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(※短期入所希望の方は記載不要です)

- ・自宅 ・小規模多機能施設
- ・特別養護老人ホーム ・介護老人保健施設
- ・有料老人ホーム ・グループホーム ・サービス付高齢者向け住宅
- ・その他

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