

利用申込書

介護老人保健施設 イムスケアふじみの

申込日 令和 年 月 日

申込者 続柄

利用者	フリガナ 氏名	(男・女) M・T・S 年 月 日 (歳)
	住所	〒 TEL ()
介護認定	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5) 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
負担割合	1割・2割・3割 負担限度額認定証：無・有 (1・2・3①・3②)	
身体障害者手帳	無・有 (級) 障害名：	
年金・収入	無・有 年金：月 () 円 その他の収入：月 () 円	
生計	本人・家族・生活保護 福祉事務所 () 担当 ()	

利用希望	入所	令和 年 月 頃 ~ 居室希望：4人部屋・2人部屋・個室
	ショートステイ	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	通所	希望曜日：月火水木金土 入浴：有・無 リハビリ：有・無
現在の状況	在宅	居宅介護支援事業所： 担当ケアマネージャー：
	病院	病院名： 期間 年 月 日 ~ 入院中
	施設	施設名： 期間 年 月 日 ~ 入所中
利用目的		
施設への要望		
今後の予定		

緊急連絡先	①	フリガナ 氏名	(続柄)	自宅・携帯
		生年月日 T・S・H	年 月 日 (歳)	TEL 1
		住所	〒	自宅・携帯
		勤務先		TEL 2
	②	フリガナ 氏名	(続柄)	自宅・携帯
		生年月日 T・S・H	年 月 日 (歳)	TEL 1
		住所	〒	自宅・携帯
		勤務先		TEL 2
		勤務先TEL		

心身状況調査書

利用者

申込者

続柄

《生活歴》

出身地		学歴	
兄弟姉妹	()人兄弟姉妹の()番目	結婚歴	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚(子供 人) <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別
職歴			
趣味・特技			
性格			
その他			

《既往歴》

疾患名(病名)	医療機関名(病院・クリニック等)	種類	時期(期間)	備考
		入院 通院	年 月 日 ~ 年 月 日	
		入院 通院	年 月 日 ~ 年 月 日	
		入院 通院	年 月 日 ~ 年 月 日	
		入院 通院	年 月 日 ~ 年 月 日	
		入院 通院	年 月 日 ~ 年 月 日	

かかりつけ医 無 有 (病院名: _____ 医師名: _____ 医師 _____ 科)
 定期通院 無 有 (病院名: _____ 診療科: _____ 科 頻度: _____)

《家族構成》

	氏名	続柄	生年月日	職業
同一世帯			T・S・H・R 年 月 日 (歳)	
			T・S・H・R 年 月 日 (歳)	
			T・S・H・R 年 月 日 (歳)	
			T・S・H・R 年 月 日 (歳)	
			T・S・H・R 年 月 日 (歳)	

《家屋状況》

家屋	<input type="checkbox"/> 持ち家(一軒家・マンション) <input type="checkbox"/> 賃貸(一軒家・マンション・アパート) <input type="checkbox"/> その他()		
環境	主に生活している場所は()階建ての()階 / エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	段差 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (場所: _____) <input type="checkbox"/> 無 (バリアフリー)		
	手すり <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (場所: _____) <input type="checkbox"/> 無		