

介護老人保健施設 埼玉ロイヤルケアセンター
利 用 申 込 書

申込日：令和 年 月 日

申込者： 続柄

<利用希望者>

ひらがな		男	生年月日
氏 名		・	明・大・昭 年 月 日
		女	(歳)
住 所	〒 -	電	
		話	
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		
年金・収入	無・有 (年金額 円/月 その他の収入 円/月)		

<希望サービス>

入 所	希望居室	多床室 (4人部屋)	個室 (1人部屋)
ショートステイ	送迎希望	有 ・ 無	
通所リハビリ	希望曜日：	リハビリ：有 ・ 無	入浴：有 ・ 無
訪問リハビリ	希望曜日：		

<現在の状況>

自 宅	かかりつけ医：	病院 (主治医： 先生)
	居宅介護支援事業所：	担当ケアマネジャー：
病 院	病院名：	
	入院期間：令和 年 月 日 ~ 現在入院中	
施 設	施設名：	
	入所期間：令和 年 月 日 ~ 現在入所中	

<当施設の退所後について> *入所希望の方のみ記入

自 宅		
サービス付き高齢者住宅	施設名：	申請時期：R 年 月
グループホーム	施設名：	申請時期：R 年 月
有料老人ホーム	施設名：	申請時期：R 年 月
介護老人福祉施設 (特養)	施設名：	申請時期：R 年 月
介護老人保健施設 (老健)	施設名：	申請時期：R 年 月
そ の 他		

<家族構成> ご本人と同居されている方は全員記入して下さい

氏 名	生年月日	続柄	職業	氏 名	生年月日	続柄	職業

＜緊急時連絡先＞

ふりがな		生年月日	明・大・昭
利用者氏名			年 月 日
住所	〒 -	電話番号	

①

ふりがな		本人との続柄	
氏名			
住所	〒 -		
T E L		昼	・ 夜
F A X		昼	・ 夜
携帯電話		昼	・ 夜
勤務先名			
勤務先 TEL		昼	・ 夜

②

ふりがな		本人との続柄	
氏名			
住所	〒 -		
T E L		昼	・ 夜
F A X		昼	・ 夜
携帯電話		昼	・ 夜
勤務先名			
勤務先 TEL		昼	・ 夜

③

ふりがな		本人との続柄	
氏名			
住所	〒 -		
T E L		昼	・ 夜
F A X		昼	・ 夜
携帯電話		昼	・ 夜
勤務先名			
勤務先 TEL		昼	・ 夜

＜これから当施設を
利用される方のご家族様へ＞

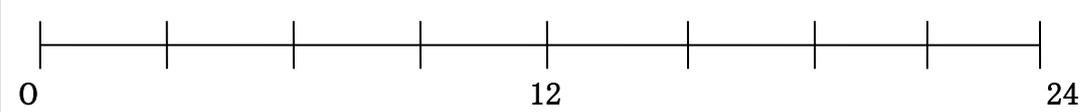
当施設では生活リハビリを提供しております。生活リハビリに対する支援が円滑にすすむよう、差し支えのない範囲で結構ですので、これまでの生活歴等について記入をお願い致します。

ご利用者様のこれまでの生活歴や思い出を大切に、個性を尊重したサービスを提供して参ります。

埼玉ロイヤルケアセンター

ご本人様 お写真

スナップ写真可
いつの写真でも構いません

氏名	
出身地	
学歴	
職歴	
お人柄	
趣味	
好きな食べ物	
ご本人がよく話される話題 (思い出話)	
1日の過ごし方	 <p>A horizontal timeline with vertical tick marks at 0, 12, and 24. The numbers 0, 12, and 24 are placed below the tick marks.</p>