

## 利 用 申 込 書 (入所・通所)

令和 年 月 日

この度、介護老人保健施設「聖・オリーブの郷」を利用したいので、申し込み致します。

## 介護老人保健施設「聖・オリーブの郷」施設長（管理者）様

利用希望者	フリガナ	.....		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日	歳
	氏名						
	住所	〒□□□□-□□□□			TEL ( ) -		
	居室 / 地域包括	なし・あり (事業所名 担当者名 )					
	介護保険被保険者証	要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 申請中 ( 新規 区変 更新 )					
		認定の有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	介護保険負担割合証	1割・2割・3割	介護保険負担限度額認定証	なし・あり・申請中			
後期高齢者医療被保険者証	なし・あり ※75歳以上の方が対象となります						
健康保険被保険者証	なし・国保・社保・その他 ( ) / 高齢受給者証 / 生保						
障害者手帳	なし・あり	重度心身障がい者医療費受給資格者証	なし・あり				

身元引受人	フリガナ	.....		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日	歳
	氏名			印			
	住所	〒□□□□-□□□□		続柄	固定TEL ( ) -	携帯TEL ( ) -	※例：長男
勤務先	名称			TEL ( ) -			
	所在地						
家族・近親者	氏名	続柄	年齢	世帯別	居住の市町村	連絡先TEL	
				同・別			
				同・別			
				同・別			

利用希望者の病経歴等を書いてください

いままでにかかった病気	年病名	入院	年病名	入院
	月頃 病院名	通院	月頃 病院名	通院
性 格	年病名	入院	年病名	入院
	月頃 病院名	通院	月頃 病院名	通院
精神及び行動障害	朗らか・親しみやすい・几帳面・とけこめない・頑固・短気・わがまま・その他 ( )			
利用希望サービス	認知症・不潔行為 (便いじり等)・暴力行為・暴言行為・大声・失見当 (日時がわからない等)・妄想被害妄想・徘徊 (昼・夜)・無断外出・自傷行為・その他 ( )			
利用希望理由	□長期入所 □短期入所 (予防短期) □通所リハビリ (予防通所)			