① 利 用 者 申 込 書

介護老人保健施設
エスポワール松戸　施設長殿

年　　月　　日

紹介先 :行政 ・病院施設 ・居宅介護支援事業所(　　担当:　　) ・訪問看護 ・その他			
介護認定度 ： 要支援1 ・要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中／区変中			
負担割合 ： 1割 ・ 2割　　負担限度額 ： なし・1段階・2段階・3段階・申請中/申請予定（　/　）			
利用者	フリガナ 氏　名	男 女　　明・大・昭　年　月　日生　歳	
	□住　所	〒　　TEL　（　　）	
相談者	氏　名	歳　　続柄	
	□住　所	〒　　自宅　（　　） 携帯　（　　）	
	勤務先名	TEL　（　　）	
利用希望	1，入　所　　ヶ月程度　　居室希望 ： 四人部屋 ・ 個室 2，ショートステイ　　／　～　／ 3，通所リハビリテーション　　4，訪問リハビリテーション 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土　　送迎希望 ： 有 ・ 無　　入浴希望 ： 有 ・ 無 計 週　　回		
利用理由	1，身体的介護困難　（移動 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 食事 ・ 着脱）		
	2，認知症で介護困難　（徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想）		
	3，その他		
現在の状況	1，在宅生活中　（ 同居 ・ 別居 ）　かかりつけ医　　病院・医院		
	2，入院中　（　　病院 ）　入院日 H　年　／　～H　年　／		
	3，入所　（　　）　入所日 H　年　／　～H　年　／		
	病歴		

相談者以外の連絡先	氏　名	続柄	年齢	住　所	TEL
	①				自宅 携帯
	②				自宅 携帯
	③				
夜間	①				

退所後の方向性　在宅 ・ 特別養護老人ホーム ・ グループホーム ・ その他施設（　　）