介護老人保健施設　　サンライフみのり　　利用申込書

施設長　緒方　陽　様　　令和　　年　　月　　日

申込者	氏名	本人　・　家族（続柄：　　）・その他（　　）
	住所	
	連絡先	（　　）

利用者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日　明　・　大　・　昭 年　月　日　歳
	住所　〒　　－ 電話　（　　）		
介護保険被保険者番号			
要介護状態区分	要支援（　１　・　２　）　要介護（　１　・　２　・　３　・　４　・　５　）		
認定の有効期間	年　月　日　から　年　月　日　まで		
連絡先（緊急時）	氏名　続柄 住所 電話　自宅　（　）　勤務先等		
希　望　居　室	４人部屋　・　２人部屋　・　個室		
現 在 の 状 況	１ 在宅で生活中 ２ 入院中　医療機関名(　　) ３ 施設入所中　施設名(　　)		病名
居宅介護支援事業者名 ……			
担当者名 ……	電話　（　）		

本　人　の　状　況（該当するものを○で囲んでください）

移動：　自立　・　一部介助　・　全介助

独歩　・　杖歩行　・　歩行器使用　・　車いす　・　その他（　　）

食事：　自立　・　一部介助　・　全介助　（　胃ろう　・　経管栄養　）

主食（　常食　・　粥　）　副食（　常菜　・　きざみ　・　ミキサー　）

排泄：　自立　・　一部介助　・　全介助

ポータブル　・　おむつ使用（　常時　・　夜間のみ　）　・　バルーンカテーテル

認知症：　有　・　無

問題行動：　徘徊　・　不潔行為　・　その他（　　）

感染症：　有　・　無

施設への希望	施設処理欄

※介護保険被保険者証（写）を添付してください。