

介護老人保健施設 サンライフみのり 利用申込書

施設長 上村 享史 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	男	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	
	氏名	女	年	月	日 歳
	住所 〒 -				
	熊本県	電話 ()			

介護保険被保険者番号									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護状態区分	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	病名
	2 入院中 医療機関名	
	3 施設入所中 施設名	

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 ・ ミキサー) 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。