

# 利用者申込書

医療法人社団 寿光会  
介護老人保健施設  
サンセール市川施設長殿

申込日	年	月	日
入所日	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・申請前・申請中・区分変更中				
負担割合: 1割・2割・3割 負担限度額: なし・1段階・2段階・3段階・申請中/申請予定( / )				
日常生活自立度	障害:	認知:	HDS 点	MMSE 点
利用者	フリガナ 男・女 明・大・昭 年 月 日生 歳 氏名		住所 〒 TEL ( )	
相談者	氏名 歳 続柄		住所 〒 自宅 ( ) 携帯 ( )	
	勤務先名		TEL ( )	
	1. 入所 ヶ月程度 居室希望: 四人部屋・個室・四人部屋空き待ちの個室(可・不可) ユニット			
利用希望	2. ショートステイ / ~ /		送迎希望: 有・無	
	3. 通所リハビリテーション 居宅事業所:		担当CM:	
	・利用者: 月・火・水・木・金・土 計週 回		・送迎希望: 有・無	
	4. 訪問リハビリテーション 居宅事業所:		担当CM:	
	・利用者: 月・火・水・木・金・土 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. 介護者不在		4. 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 R / / ~ / /			
	3. 入所 ( ) 入所日 R / / ~ / /			
	既往歴			
性の退方所向後	・在宅・特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・グループホーム・その他 申込み状況 (未・済)			
相談者以外の連絡先	氏名	年齢	続柄	住所 TEL
	①			自宅: 携帯:
	②			自宅: 携帯:
	③			自宅: 携帯:
夜間	①			
主治医	病院名	電話	主治医名	