**葛飾区内短期入所療養介護・通所リハビリ事業利用申込書**

　　　　　　　　　　　施設長あて　　　　　　　　　　　　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  　氏名　　　　　　　　　 女 | | | | | | 生年月日　　明　・　大　・　昭  　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　歳 | | | | | | | | |
| 住所　〒　　　－  　葛飾区　　　　　　　丁目　　　　番　　　　号　　　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　　～　　　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 | | | | | | | | | | | | | |
| 利　用　希　望　日 | | 年　 月 　日～ 　 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 週　　回（月・火・水・木・金・土） | | |
| 送　迎　希　望 | | 有　[　往復　　　片道（　行き　・　帰り　）]　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | |
| 入　浴　希　望 | | 有　[　週　　　回（　一般浴　・　機械浴　）]　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業者名  　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本　人　の　状　況（該当するものを〇で囲んでください）  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 | | | | | | |

☆この利用申込書のほかに、診療情報提供書等が必要となる場合があります。

2024.12