

利用申込書

記入日 西暦 年 月 日

介護老人保健施設 ソフィア横浜

フリガナ 利用者氏名			性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)																																									
現住所	〒 -		自宅： - - 携帯： - -																																										
第一連絡先 氏名・住所	フリガナ 氏名	続柄 ()		E-mail @																																									
	〒 -	自宅： - - 携帯： - -			勤務先： - -																																								
第二連絡先 氏名・住所	フリガナ 氏名	続柄 ()		E-mail @																																									
	〒 -	自宅： - - 携帯： - -			勤務先： - -																																								
利用区分	1. 入所 (希望期間：) 2. 短期 (ショートステイ) (希望期間：) 3. 通所 (デイケア) (希望曜日：月 火 水 木 金)																																												
現在利用中の在宅サービスについて																																													
・ケアマネージャー (事業所名：) 担当者名： () ・訪問診察 (往診) 週・月 回 ・デイサービス (デイケア) 週・月 回 ・訪問介護 (ヘルパー) 週・月 回 ・ショートステイ 日間/月 ・訪問看護 週・月 回 ・その他 ()																																													
現在利用中の医療、施設サービスについて (かかりつけ医・歯科もあれば記入)																																													
・病院【通院・入院】 (病院名：) 利用開始日 年 月 日 ・介護老人保健施設 (施設名：) 利用開始日 年 月 日 ・グループホーム (施設名：) 利用開始日 年 月 日 ・かかりつけ医 () ・かかりつけ歯科 有・無 ・その他 () 治療継続 有・無 ・新型コロナウイルスワクチン接種 過去 () 回 摂取済 最終摂取日 年 月 日																																													
区分について																																													
1. 認定済 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 介護保険負担割合 割 (認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日) (認定日 年 月 日)																																													
2. 申請中・更新中・区分変更中																																													
障害手帳・負担限度額について			他施設申込み状況																																										
【障害手帳】 () 障害者手帳 級 障害者等医療証： あり・なし 【負担限度額】 市民税：課税・非課税 (非課税の方は下記記入) 負担限度額認定証：あり・なし (ありの場合下記記入) 食費： (円) 居住費 (多床室 円)			1. 他介護老人保健施設 () 2. 特別養護老人ホーム () 3. その他 () 4. 特になし																																										
家族状況について (線と記号を繋げて記入)			家族構成 (できるだけ詳しく)																																										
本人 ☆ 下 ※同居家族は線で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 = 婚姻関係 ≠ 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 他界 (記号塗り潰し)			<table border="1"> <thead> <tr> <th>同居</th> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>年齢</th> <th>備考 (職業など)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			同居	氏名	続柄	年齢	備考 (職業など)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
同居	氏名	続柄	年齢	備考 (職業など)																																									
<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>																																													
申込みに至るまでの経緯 (簡条書きでも可)			今後の方針と当施設への希望																																										