

利用申込書

当てはまる□に✓を入れ、洩れなく記入ください。いただいた個人情報のご利用者様の処遇に関する以外には、利用いたしません。

記入日 西暦 年 月 日

利用者	ふりがな	性別	M					
	氏名	男・女	生年月日	T	年	月	日	(歳)
	住所	〒		S				

申込者	ふりがな	申込者住所	〒					
	氏名		電話 ☎	()				
		続柄 ()	携帯 ☎	()				

希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所	利用希望時期	今すぐ	・	年	月	日	から入所希望	・	未定		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (短期入所)	利用希望時期	年	月	日	～	年	月	日	を利用希望	・	未定
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	提供時間希望	(3～4時間	・	6～8時間)				入浴希望	(有	・	無)

居室 全室個室

サービスのご利用を検討されている理由

主な疾患名及び病状 (介護が必要になった原因疾患についてご記入ください)

①病名	発症時期	年	月	<input type="checkbox"/> 手術した
②病名	発症時期	年	月	<input type="checkbox"/> 手術した
③病名	発症時期	年	月	<input type="checkbox"/> 手術した

保険種別	※お持ちのものがございましたら、コピーを添付してください。											
	<input type="checkbox"/> 国保 (本人・家族)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (無・有)	級	障害名 ()								
	<input type="checkbox"/> 社保 (本人・家族)	<input type="checkbox"/> 生活保護 (担当課名)		担当者名 ()								
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 (第1段階・第2段階・第3段階)	<input type="checkbox"/> その他 ()										

要介護区分 居宅介護支援事業所 主治医連絡先	申請中・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
	事業所名									担当ケアマネジャー名	(担当開始時期: 年 月 日から)						
	TEL	()								担当医師名	(担当開始時期: 年 月 日から)						

現在の状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 (独居以外の方は右表へ同居中の家族の続柄、年齢を記入してください)	続柄	年齢			
	<input type="checkbox"/> 独居 (近隣に支援できる者の有無)	有 (続柄)	無 ()	家族情報	同居中	歳代
	<input type="checkbox"/> 入院中 (入院先)	病院に	年	月	から入院)	歳代
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (入所先)	に	年	月	から入所)	歳代
	<input type="checkbox"/> その他 ()					歳代

退所後の状況 (※入所希望の場合)	<input type="checkbox"/> 在宅復帰を希望 (年 月ごろに 自宅へ・グループホームへ・その他 ())
	<input type="checkbox"/> 施設入所を希望 (年 月ごろに 特別養護老人ホームへ・有料老人ホームへ・介護老人保健施設へ)
	<input type="checkbox"/> 未定・その他 ()

当施設を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 紹介された (紹介機関)	紹介者名 ()
	<input type="checkbox"/> 甲有会グループ内の施設を利用していた (利用施設名)	()
	<input type="checkbox"/> ご自身で調べた (近隣にお住まい・インターネット・その他)	()

介護老人保健施設 アネシス御影 (社会福祉法人甲有会)
〒658-0045 神戸市東灘区御影石町1-1-32

☎ (代表番号) 078 - 811 - 1100

Fax (アネシス御影代表) 078 - 811 - 2777

✉ (入所・ショート専用) consult-anesis-mikage@kouyukai.jp

【施設使用欄】

申込受付日 年 月 日

書類確認	<input type="checkbox"/> 利用申込書	<input type="checkbox"/> 家族情報提供書
	<input type="checkbox"/> 保険者証コピー	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書

判定会議結果	<input type="checkbox"/> 入所可 (入所予定時期 月 日頃)
	<input type="checkbox"/> 入所不可 (不可理由を裏面に記録のこと)