

利 用 申 込 書

こちらの用紙をプリントアウトし、FAXにてお送り下さい。

FAX番号:045-773-3131

医療法人 裕徳会

介護老人保健施設 ひとりざわ 施設長殿

下記の通り、貴施設の利用を希望致します。

年 月 日

利用者	フリガナ 氏 名	⑩	男・女 ()歳	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
	住 所	〒	電 話		
申込者	フリガナ 氏 名	⑩	続 柄		
	住 所	〒	電話番号		
			携帯電話		
介 護 保 険	要介護度 【 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 】				
	有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日				
利 用 希 望 サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ(年 月 日 ~ 年 月 日)				
入 所 理 由					
現 在 の 居 所	<input type="checkbox"/> 在宅 (独居・同居・その他【 】)				
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中 (医療機関名:)				
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名:)				
当 施 設 入 所 後 の 予 定	<input type="checkbox"/> 在宅 (独居・同居【同居者名: /続柄: 】)				
	<input type="checkbox"/> 特養申請 未・済 (施設名:)				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
か かり つ け 医 療 機 関					
居 宅 介 護 支 援 事 業 所	担当ケアマネ: TEL:				