

ご利用者様名

様

京都府介護老人保健施設 共通申込書

利用希望内容	通所・訪問リハビリ	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会交流 <input type="checkbox"/> その他(下記 希望理由欄記入)
		希望曜日	月 火 水 木 金 土 (週 回)
	短期入所	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他(下記 希望理由欄記入)
		希望部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
		希望期間	<input type="checkbox"/> / ~ / (約 日間) <input type="checkbox"/> いつでもよい(約 日間)
		定期利用希望	<input type="checkbox"/> 定期的に利用希望(ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望
	入居	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他(下記 希望理由欄記入)
		希望部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
		希望期間	<input type="checkbox"/> 約 カ月間
		今後の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設への申込み <input type="checkbox"/> 検討中
		現在申請中の施設	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他()
	希望理由、介護上の問題点、施設への希望など (できるだけ具体的にお願いします)		

家族構成と連絡先	氏名 (連絡順)	続柄	年齢	電話番号	家族構成 T <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性、同居者を囲ってください	
	()			自宅		
				携帯		
	()			自宅		
				携帯		
	()			自宅		
				携帯		

生活歴	出身地		兄弟数	人(番目)	実家の生業など	
	幼い頃の様子、暮らし					
	学校時代～若い頃の様子					
	結婚年齢	歳	現住所に居住している年数	年		
	結婚後の生活(職業、退職後の様子など)					
	趣味・余暇活動、地域活動など					

現在利用中のサービス						
<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 小規模多機能サービス	
<input type="checkbox"/> 介護保険施設() <input type="checkbox"/> 医療機関() <input type="checkbox"/> その他()						

※この共通申込書は、別紙の「日常生活動作(ADL)確認表」とセットになっています。