利用受付・申込書

介護老人保健施設　ケアテル猪苗代

施　　設　　長　　様

区分	１．一般入所　　２．短期入所（ショートスティ）　　３．通所リハビリ（デイケア） ※ご希望されるサービスに○をつけて下さい。（複数でも可）			
利用者	氏名	フリガナ	男女	明　大　昭　　年　　月　　日生（　　歳）
	現住所	〒　　－ TEL（　　）　　－		
	本籍			
申込者	氏名	フリガナ	続柄	連絡先：１．TEL（　　）　　－ ２．TEL（　　）　　－ ３．TEL（　　）　　－ ※必ず連絡できる場所をご記入下さい。
	住所	〒　　－		

ご本人のご希望されるリハビリに○をつけて下さい。（複数でも可）

移動等・排泄等・着替え等・食事等・入浴等・洗面等・その他（　　）

将来の目標（番号に○をつけて下さい）

１．在宅（ショート・デイ・訪問看護・訪問介護・その他）　２．施設（施設名　　）

家族状況（同居している方のお名前をご記入下さい）

氏名	続柄	年齢	職業

現在の状況（番号に○をつけて下さい）

１．入　院　中（病院名　　）

２．施設入所中（施設名　　）

３．在　　宅

外来受診　有（　　）

無

入所・通所希望日

平成　　年　　月　　日

入所部屋希望（番号に○をつけて下さい）

１．１人部屋　　２．２人部屋　　３．４人部屋

通所希望曜日に○をつけて下さい。（複数でも可）

月・火・水・木・金・土・日

自宅の地図

※記入不要

受付年月日	平成　　年　　月　　日	受付番号	