

利 用 申 込 書

記入日 年 月 日

フリガナ			M T S	年	月	日	
利用者	様 (男・女)						(才)
住 所	〒 都道府県 市区						
電 話	自宅 ()			他電話 ()			
フリガナ			M・T・S 年 月 日 (才)				
①緊急 連絡先	様 (男・女)		続 柄 ()				
住 所	〒 都道府県 市区						
電 話	自宅 ()			携帯 ()			
会社等	連絡先名			連絡先 ()			
フリガナ			M・T・S 年 月 日 (才)				
②緊急 連絡先	様 (男・女)		続 柄 ()				
住 所	〒 都道府県 市区						
電 話	自宅 ()			携帯 ()			
会社等	連絡先名			連絡先 ()			

●希望サービス あんず苑 あんず苑アネックス ←御希望施設をチェックして下さい(複数可)

□入所	・早期 ・ / から □1、 □2、 □3 ヶ月間						
□短期入所	・ 日間、 ・ 週間 ・ / から / まで						
希望居室	個室：□希望 □利用可 □利用不可 ・ 2床室：□希望 □利用可 □利用不可 4床室：□希望 □利用可 □利用不可						
□通所	週 回 希望曜日() □苑送迎 (□他送迎) □入浴 □個別リハ						

●家族構成

介護の係り	氏 名	年 齢	続 柄	職 業	住 所 地
有・無				有・無	
有・無				有・無	
有・無				有・無	
有・無				有・無	
有・無				有・無	
有・無				有・無	

●生活歴など

●自宅間取り図(主に利用する場所)

出身地：	
職歴：	
趣味：	
性格：	
特記事項：	

●かかりつけ医

主:	病院・診療所	科	医師
	病院・診療所	科	医師
	病院・診療所	科	医師
	病院・診療所	科	医師
	病院・診療所	科	医師

●在宅サービスの利用状況

ケアマネジャー	事業所名:	担当者
	住所	電話 ()
デイサービス	事業所名:	() 曜日 /週
デイケア	事業所名:	() 曜日 /週
ヘルパー	(生活援助中心) 事業所名:	/週 /月
	(身体介助中心) 事業所名:	/週 /月
訪問看護	事業所名:	/週 /月
訪問入浴	事業所名:	/週 /月
ショートステイ	事業所名:	利用日数 /月
	事業所名:	利用日数 /月
施設入所	事業所名:	利用時期
	事業所名:	利用時期
	事業所名:	利用時期
レンタル	<input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
配食	事業所名:	<input type="checkbox"/> 朝 /週、 <input type="checkbox"/> 昼 /週、 <input type="checkbox"/> 夕 /週
その他		

●特別養護老人ホームへの申請

無し 検討中 予定なし

有り ケ所、施設名:

●利用後の予定

在宅 () 宅) 病院 施設 未定

●介護保険証

介護度	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区分変更中
認定年月日	年 月 日	有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日
介護度の移り変わり	初回	→

●身体障害者手帳 (ある方のみ)

種 級 障害名:

●ご利用にあたってのご要望