

利 用 申 込 書

希望されるサービス	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 富士川荘	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	社会福祉法人 山梨積善会 特別養護老人ホーム 富士川荘
ふりがな			性別 大正・昭和
利用申込者氏名	(印)	男・女	年 月 日生 歳
住 所	〒 ー		電話 () (同居・独居・高齢者世帯)
現在の居場所	自宅・介護保険施設()・病院()・他()		

ふりがな			続 柄
身元引受人氏名	(印)		
住 所	〒 ー		
電 話	()	携 帯	ー ー
勤 務 先		電 話	()
身元引受人以外の連絡先	氏 名		連絡先

担当 ケアマネージャー	事業所名	氏 名
-------------	------	-----

利用者の状況

要介護区分	要介護 度	有効期限	平成 年 月 日まで				
被保険者番号	※介護保険証のコピーを添付してください。						
身体障害者手帳	無・有(種 級)						
視力	普通	弱視	全盲	日常生活	自分で可	一部介助	全介助
聴力	普通	やや難聴	難聴	食事			
言語	普通	やや不自由	不自由	排泄			
オムツ	無・有(昼夜・夜のみ)			入浴			
床ずれ	無・有(部位)			着脱衣			
徘徊	無・有(昼夜・昼のみ・夜のみ)			歩行・移動		杖・歩行器・車椅子	
かかりつけ医	病院名				主治医		
既往歴・現病名					家族構成		
備考							
受付年月日	平成 年 月 日	説明 (有・無)	見学 (有・無)	受付担当者	(印)		

入所に関する同意書

社会福祉法人 山梨積善会
指定介護老人福祉施設 富士川荘
指定短期入所生活介護事業所 富士川荘

} 殿

私は入所基準及び必要事項の説明を受け、下記の事柄について同意いたします。

- 介護保険サービス利用者申込者に関わる個人情報に関係機関より情報提供を受けること。
- 入所順が来たとしても、その時点で入所申込み利用者が要介護1・2であった場合は、特別な事情がない限り入所を見送らせていただきます。
- 入所前の判定委員会の結果、当施設で対応困難と判断された場合、入所をお断りさせていただきますことでもあります。

平成 年 月 日

申込み利用者本人 _____ 印

※利用者ご本人様が自筆署名出来ない場合は代理記載してください。

代理記載者住所 _____

代理記載者氏名 _____ 印

続柄 _____

【順守事項】

本同意書により、提供され知り得た情報及び資料に関しては、職員の服務規程及び守秘義務により保護されます。