利　用　申　込　書

令和　　年　　月　　日

医療法人　春　香　会
介護老人保健施設プランタンおおまま
施設長殿

申込者：氏　名　　印
住　所
電　話
利用者との続柄

下記のとおり、介護老人保健施設プランタンおおままの利用を申し込みます。

利用者	氏名		男・女	生年月日	M・T・S　年　月　日	
	住所				電話	
身元引受人	氏名		続柄		生年月日	T・S　年　月　日
	住所				電話	
	勤務先				電話	
利用料支払者	氏名		続柄		生年月日	T・S　年　月　日
	住所				電話	
	勤務先				電話	
要介護度		介護保険有効期限	年　月　日～　年　月　日			
居宅介護支援事業所				ケアマネージャー		
ご利用希望のサービス	入所・通所短期入所（○を付ける）	短期	令和　年　月　日～令和　年　月　日			
		通りハ	月・火・水・木・金		送迎	施設・家族
理　由						
現在の状況	1 自宅で生活：主な介護者は誰ですか（　　）					
	2 入院中：病院名（　　）期間（　　）					
	3 施設入所中：施設名（　　）期間（　　）					
	4 その他：（　　）					

同居中のご家族の有無	お名前	続柄	年齢	お名前	続柄	年齢

病院等の状況	現在受診している担当医師…（　　）
	現在飲んでいるお薬の種類…（　　）
退院後の予定	1 自宅にて介護：主治医（　　）病院名（　　）
	2 施設への入所：施設名（　　）　年　月　日から
	3 訪問看護　4 訪問介護　5 その他（　　）