

介護老人保健施設 埼玉ロイヤルケアセンター
利 用 申 込 書

申込日：平成 年 月 日

申込者： 続柄

<利用希望者>

フリガナ		男	生年月日
氏 名		・	明・大・昭 年 月 日
住 所	〒 -	女	(歳)
介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
身体障害者手帳	無・有 (級) 障害名：		
年金・収入	無・有 (年金額 円/月 その他の収入 円/月)		
生 計	本人・家族・生活保護 (福祉事務所： 担当者：)		

<希望サービス>

	入 所	希望居室	多床室 (4人部屋)	個室 (1人部屋)
	ショートステイ	送迎希望	有 ・ 無	
	通所リハビリ	希望曜日：	リハビリ： 有 ・ 無	入 浴： 有 ・ 無

<現在の状況>

	自 宅	かかりつけ医： 病院 (主治医： 先生)
		居宅介護支援事業所： 担当ケアマネジャー：
	病 院	病院名：
		入院期間：平成 年 月 日 ~ 現在入院中
	施 設	施設名：
		入所期間：平成 年 月 日 ~ 現在入所中

<当施設の退所後について> *入所希望の方のみ記入

	自 宅	
	サービス付き高齢者住宅	施設名： 申請時期：H 年 月
	グループホーム	施設名： 申請時期：H 年 月
	有料老人ホーム	施設名： 申請時期：H 年 月
	介護老人福祉施設 (特養)	施設名： 申請時期：H 年 月
	介護老人保健施設 (老健)	施設名： 申請時期：H 年 月
	そ の 他	

<家族構成> ご本人と同居されている方は全員記入して下さい

氏 名	生年月日	続柄	職業	氏 名	生年月日	続柄	職業

＜緊急時連絡先＞

ふりがな		生年月日	明・大・昭
利用者氏名			年 月 日
住所	〒 ー	電話番号	

①

ふりがな		本人との続柄	
氏名			
住所	〒 ー		
T E L		昼	・ 夜
F A X		昼	・ 夜
携帯電話		昼	・ 夜
勤務先名			
勤務先 TEL		昼	・ 夜

②

ふりがな		本人との続柄	
氏名			
住所	〒 ー		
T E L		昼	・ 夜
F A X		昼	・ 夜
携帯電話		昼	・ 夜
勤務先名			
勤務先 TEL		昼	・ 夜

③

ふりがな		本人との続柄	
氏名			
住所	〒 ー		
T E L		昼	・ 夜
F A X		昼	・ 夜
携帯電話		昼	・ 夜
勤務先名			
勤務先 TEL		昼	・ 夜

＜これから当施設を
利用される方のご家族様へ＞

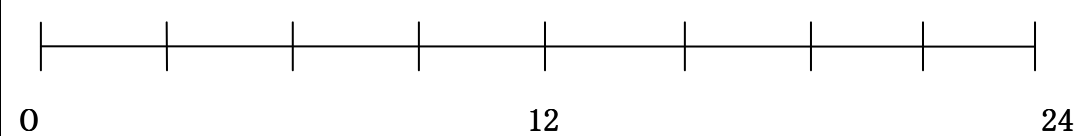
当施設では生活リハビリを提供しております。生活リハビリに対する支援が円滑にすすむよう、差し支えのない範囲で結構ですので、これまでの生活歴等について記入をお願い致します。

ご利用者様のこれまでの生活歴や思い出を大切に、個性を尊重したサービスを提供して参ります。

埼玉ロイヤルケアセンター

ご本人様 お写真

スナップ写真可
いつの写真でも構いません

氏名	
出身地	
学歴	
職歴	
お人柄	
趣味	
好きな食べ物	
ご本人がよく話される話題 (思い出話)	
1日の過ごし方	 <p>A horizontal timeline with vertical tick marks at 0, 12, and 24 hours. The numbers 0, 12, and 24 are printed below the line.</p>