

## 利用者申込書 (通所用)

介護老人保健施設 相模原ロイヤルケアセンター

利用希望		□ 6～7(1日) □ 1～2(短時間)		申込日		令和 年 月 日	
紹介元		行政機関 ・ 病院 ・ 施設 ・ ケアマネジャー ・ ホームページ ・ 知人 ・ その他( )					
利用者	フリガナ 氏名				男・女	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	
	住 所	〒 携帯 電話 ( )					
連絡先①	フリガナ 氏名	年齢 ( ) 続柄 ( ) 職業 ( )					
	住 所	〒 自宅 ( ) 携帯 ( )					
	職場名	電話 ( )					
	勤務時間	: ~ :		休日	□定休( 曜日) □不定休		
連絡先②	フリガナ 氏名	年齢 ( ) 続柄 ( ) 職業 ( )					
	住 所	〒 自宅 ( ) 携帯 ( )					
	職場名	電話 ( )					
	勤務時間	: ~ :		休日	□定休( 曜日) □不定休		
連絡先③	フリガナ 氏名	年齢 ( ) 続柄 ( ) 職業 ( )					
	住 所	〒 自宅 ( ) 携帯 ( )					
	職場名	電話 ( )					
	勤務時間	: ~ :		休日	□定休( 曜日) □不定休		
介護保険	□未定(申請中) □支援( ) □介護1 □介護2 □介護3 □介護4 □介護5					ケア担当 マダネ	事業者名
	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日						担当者名
年金	□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 共済年金 □ 遺族年金 □ 生活保護(担当者 )						
家屋状況	建築形態	□一戸建て □集合住宅 □その他		所有形態	□所有 □賃貸 □公営住宅 □その他		
	建築概要	□木造 □鉄筋コンクリート □鉄骨造 □その他					
申込理由							
現在の状況	□在宅生活中 ( 独居 ・ 同居 ) かかりつけ医 病院 科 医師						
	□入院/入所中 (病院/施設名 ) 入院/入所日 年 月 日 ~						
利用希望	病歴						
	6～7	曜日(月・火・水・木・金・土) 送迎(有・無) 入浴(有・無)					
	1～2	曜日(月・火・水・木・金・土) 送迎(有・無)					