

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
 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			
		通リハ	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()					