

施設利用申込書

☐入所 ☐短期入所(療養) ☐通所(デイケア) ☐訪問リハビリテーション

介護老人保健施設ソピア御殿山 殿 申込日 年 月 日

利用希望サービス		申 込 内 容			
利用者(本人)	ふりがな				
	氏 名	男・女	明・大・昭	年 月 日	()歳
	住 所	〒	電話番号		
	介 護 保 険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 区分変更中			
		認定年月日		認定有効期間	
年 月 日		年 月 日			
		居宅支援事業所		担当ケアマネージャー	
申込者(家族)	ふりがな				
	氏 名	男・女	大・昭・平	年 月 日	()歳
	住 所	〒	利用者との関係		
	連絡先	①自宅・携帯・その他()		②自宅・携帯・その他()	
利用料支払者		☐ 利用者(本人) ☐ 申込者(家族) ☐ その他()			
利用希望	居 室	☐ 個室 (個室代 別途料金 6,600円/日) ☐ 4人部屋			
	希望開始日	年 月 頃 ~ 年 月 頃			
	希望曜日 (通所利用の方)	月・火・水・木・金 送迎希望： ☐ 有 ☐ 無 入浴希望： ☐ 有 ☐ 無			
現況		☐ 在宅療養中 ☐ 医療機関に入院中 (医療機関名： 年 月 頃~) ☐ 介護施設等に入所中(施設名： 年 月 頃~)			
退所予定先		☐ ご自宅または有料施設など ☐ 特養(申込： ☐ 済、 ☐ 未了) ☐ その他()			
申込理由					
利用者情報提供に関する同意(必ず一読下さい)					
施設長 殿					
私は、貴施設が保有する私の診療情報、心身の状況、生活歴、栄養管理情報等の個人情報を退所後の医療機関、介護支援専門員等へ提供することに、入所(短期療養入所)の申込と併せて同意します。					
※本人に判断能力が無い等、本人の同意を得る事が困難な場合は、申込者(家族等)を同意者とし、申込と同時に同意を得たものと致します。					