

# 施設利用申込書

利用希望サービス

入所

短期入所(療養)

通所(デイケア)

介護老人保健施設ソピア御殿山 殿

申込日

年

月

日

申込内容	
利用者(本人)	ふりがな
	氏名 <small>印</small> 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 <small>印</small> 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	<input type="checkbox"/> 利用者(本人) <input type="checkbox"/> 申込者(家族) <input type="checkbox"/> その他( )
利用希望	居室 <input type="checkbox"/> 個室 (個室代 別途料金 6,600円/日) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 入浴希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
現況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> 医療機関に入院中 (医療機関名: 年 月頃~) <input type="checkbox"/> 介護施設等に入所中 (施設名: 年 月頃~)
退所予定先	<input type="checkbox"/> ご自宅または有料施設など <input type="checkbox"/> 特養(申込: <input type="checkbox"/> 済、 <input type="checkbox"/> 未了) <input type="checkbox"/> 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と退所後の医療機関、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。