



介護老人保健施設青葉の丘 利用申込書

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

入所希望者の住居	(フリガナ)			生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	歳
	氏名			性別	男・女	要介護			
	現住所	〒 -		電話	()				

介護老人保健施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

申込者(家族) 緊急連絡先	フリガナ			年齢	歳	(利用者との関係)			
	氏名					電話:	()		
	住所	〒 -				メールアドレス:			

その他の 緊急連絡先	フリガナ			年齢	歳	(利用者との関係)			
	氏名					電話:	()		
	住所	〒 -							

希望のサービスに ご記入ください	<input type="checkbox"/> 入所							
	○希望の療養室 (<input type="checkbox"/> 4人室 <input type="checkbox"/> 2人室 <input type="checkbox"/> 個室)							
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ)							
	令和__年__月__日から令和__年__月__日まで希望							
○希望の居室 (<input type="checkbox"/> 4人室 <input type="checkbox"/> 2人室 <input type="checkbox"/> 個室)								
○送迎サービス <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 迎え <input type="checkbox"/> 帰り)								

病状等	(現在治療中の病気)		
	病名	入院・通院病院・施設	発症
			年 月 日 ~
			年 月 日 ~
			年 月 日 ~
	(既往症)		
	病名	入院・通院病院・施設	発症
			年 月 日 ~
			年 月 日 ~
			年 月 日 ~
(経常的な医療的処置)			
<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 胃ろう・吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(希望する医療処置及びリハビリテーション)			

