

# 利用申込書

老人保健施設コスモス 施設長殿

受付年月日
令和 年 月 日

- ◆老人保健施設コスモスへ **通所** したいので申込みます。
- ◆記載内容に変更があった場合は、速やかにコスモスへ連絡します。また、連絡を怠った場合、この申込みが無効となることを了承します。

利用者	ふりがな	生年月日	年 月 日	年齢	性別
	氏名			歳	男・女
	住所 〒	介護保険被保険者番号			
		介護認定 新規申請中・変更申請中・要支援( )・要介護( )			
		認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	電話	担当ケアマネ	ケアマネ		
かかりつけ医	(電話: )				
現在の状況	自宅・病院または施設( ) / 年 月 日から入院(所)中				

申込者	ふりがな	住所 〒			
	氏名	続柄 ( )			
	勤務先	名称	電話	自宅	携帯
		電話			

※第2連絡者は、申込者と住所の異なる方をご記入ください。

第2連絡者	ふりがな	住所 〒			
	氏名	続柄 ( )			
	勤務先	名称	電話	自宅	携帯
		電話			

家族状況	同居している家族、及び入所希望者の子ども(同居・別居関係なく)を記入してください。			
氏名	続柄	年齢	住所 (同居の方は「本人と同じ」と記入してください)	

確認事項	デイケア	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 個別リハ <input type="checkbox"/> 車イス(施設用・本人用・どちらでも) <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器			
	在宅で利用している居室	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ			
	サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ(特養) <input type="checkbox"/> ショートステイ(老健)			
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能施設 <input type="checkbox"/> その他( )			

- ◆利用申込書及び申し込み時に聞き取り調査した情報を、老人保健施設コスモスが利用に関する検討、サービス提供のための資料として取り扱うことに同意いたします。 → **利用者署名 (代筆者署名)**
- \*記載に不備がある場合、手続きが遅れることがあります。