

利用申込書

平成 年 月 日

医療法人 誠淑会
介護老人保健施設 ハレルヤ園

申込者氏名 _____ 様 印
代理人である場合は入所者との関係 (_____)

施設サービス・在宅サービスの利用をたく申し込みます。

記

利 用 者	フリガナ氏名	_____ 様	性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	年 齢	満 _____ 歳
	住 所	〒 _____		
	TEL	(_____) _____		
	本 籍	〒 _____		
身 元 引 受 人	フリガナ氏名	_____ 様	利用者との続柄・関係	
	住 所	〒 _____		
	TEL	(_____) _____		
支払いを管理される方（身元引受人と異なる場合に記入して下さい。）				
支 払 管 理 者	フリガナ氏名	_____ 様	利用者との続柄・関係	
	住 所	〒 _____		
	TEL	(_____) _____		

※上記内容に未記入、不明瞭な点がある場合、利用をお断りする場合がございます。

施設側記入欄

備考	受 付 者	施 設 長
	_____	_____

氏名

以下の記入内容は、利用者の方が当施設をご利用するにあたって、適切な生活を送っていただくための参考資料として使用いたします。その際、ご利用者・扶養者の希望を十分に取りいれたいため、できるだけ詳しくご記入下さい。

■該当する箇所に○をつけてください。

施設利用理由	1 介護者不在（理由： _____ ） 2 家族の休息 3 機能訓練 5 心身の状態により介護困難 6 家屋状況の不備 7 気分転換 8 その他（ _____ ）
利用希望サービス	1 入所 2 短期入所 3 通所リハビリ 4 通所・短期併用
居宅介護事業所	1 あり 事業所名（ _____ ） 担当者氏名（ _____ ） 2 なし
他施設申込	1 あり 2 なし ※ ありの方はどの様な施設へ申込されましたか。 1 特別養護老人ホーム 2 介護老人保健施設 3 グループホーム 4 その他（ _____ ）

持っているもの	1 車椅子 2 杖・4点杖等 3 歩行器・手押し車 4 装具（部位 _____ ） 5 眼鏡 6 義歯 7 補聴器 8 その他（ _____ ）	
職 歴	_____ 宗教（特に生活に深く関わる場合） _____	
性 格	1 頑固 2 温厚 3 内向的 4 社会的 5 その他（ _____ ）	
趣 味	・現在のもの（ _____ ） ・過去のもの（ _____ ） ・特になし	
食 事 の 種 類	主 食	1 ご飯 2 お粥 3 その他（ _____ ）
	副 食	1 普通 2 細かく刻んだもの 3 ミキサー食
	種 類	1 一般食 2 減塩食 3 糖尿病食 4 流動食（経口・経管栄養）
	嗜好	・特に好きな食べ物（ _____ ） ・特に嫌いな食べ物（ _____ ）※アレルギー（有・無） ・乳製品について 可 ・ 不可（牛乳・ヨーグルト・全て） ・喫煙（一日 _____ 本・無） ・アルコール（飲む・飲まない）

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある、医療行為に重大な支障がある等緊急やむを得ない場合は、施設長が判断し、身体拘束・投薬等により利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。前記の内容についてご家族のご意見をご記入下さい。

・ 施設の対応に任せる ・ 連絡が欲しい ・ （身体拘束・投薬）は行わないで欲しい
・ その他（ _____ ）

転送を要する傷病が認められた場合には、昼夜を問わず、身元引受人様へ随時ご連絡をさせていただきます。夜間において、当直医師の判断により様子観察させていただく場合の対応について、ご家族様のご意見をご記入下さい。

・ 夜間でもその都度連絡が欲しい ・ 翌朝に連絡が欲しい ・ 施設の対応に任せる
・ その他（ _____ ）

当施設に知っておいてもらいたい事、ご要望等ございましたらご記入下さい。

