



# ケアヴィラ伊丹 利用申込書



介護老人保健施設ケアヴィラ伊丹の利用を申込みます。

年 月 日

希望	<input type="checkbox"/> 入所		<input type="checkbox"/> ショートステイ		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア)	
	<input type="checkbox"/> 介護予防ショートステイ		<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ			
ご利用者	フリガナ		男・女	生年月日		
	氏名		M・T・S	年	月	日 才
	住所	〒			電話番号	
現在の状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		有効期間	年	月 日
	主な病名	いつからですか				
	①			年	月頃	
	②			年	月頃	
	③			年	月頃	
	<input type="checkbox"/> 入院中	(病院名	入院日	年	月	日)
	<input type="checkbox"/> 入所中	(施設名	入所日	年	月	日)
<input type="checkbox"/> 在宅治療中	(かかりつけ医 )					
<input type="checkbox"/> 通院		<input type="checkbox"/> 往診・訪問看護				
<input type="checkbox"/> 在宅療養中だが定期的な治療は受けていない						
居宅介護支援事業者 (担当ケアマネジャーもお書きください)					担当:	
お申込者(介護者)	フリガナ		続柄	男・女	生年月日	
	氏名			M・T・S	年	月 日 才
	住所	〒			電話番号	
	職業		勤務先			
	(お申し込みの動機、施設に対する希望などをご自由にご記入ください)					
ご連絡先	①	フリガナ	年齢	続柄	自宅	
		氏名			携帯	
		住所	職場			
	②	フリガナ	年齢	続柄	自宅	
		氏名			携帯	
		住所	職場			
	③	フリガナ	年齢	続柄	自宅	
		氏名			携帯	
		住所	職場			

※ご請求先となる方の番号に○をご記入ください

(2012.5.12)