

# 通 所 利 用 申 込 書

平成 年 月 日

周防大島町立介護老人保健施設 殿

利用 申込 者	氏名	フリガナ  	男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒  TEL ( ) -		
連絡先	続柄 ( ) 氏名 住所 〒  TEL ( ) -			
利用の理由				
現在の状況		希望曜日 1. 曜日 2. 曜日 3. 曜日		
1. 入院中 (病医院名 )		( 回/週)		
2. 入所中 (施設名 )		送迎—希望する (自宅・最寄りの まで) 希望しない		
3. 在宅 外来受診 有・無		入浴—希望する (一般入浴・介助入浴) 希望しない		
かかりつけ病院 ( )				
家族状況		自宅付近の地図		
氏 名	続 柄	年 齢	職 業	
ケアマネージャー氏名 ( )		介護認定の介護度・有効期間 ( )		

記入不要

受付年月日	平成 年 月 日	入所者番号		可・否
-------	----------	-------	--	-----