

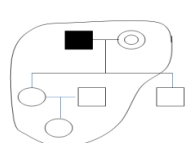
利 用 申 込 書



記載日：令和 年 月 日

※太枠内を御記入ください

記載者： (続柄)

フリガナ 患者氏名		様 男・女 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳		
住所		〒 TEL(自宅) TEL(携帯電話)		
連絡先①		氏名： (続柄) TEL(自宅) 住所： 〒 (年齢) TEL(携帯電話) 職業： TEL(勤務先)		
連絡先②		氏名： (続柄) TEL(自宅) 住所： 〒 (年齢) TEL(携帯電話) 職業： TEL(勤務先)		
家族構成		 <p>患者様夫婦に 子供が長女と長男 長女夫婦に孫娘ひとり</p> <p>◎・回=本人 □=男 ○=女 ■・●=死亡 ◎・回=本人 □=男 ○=女 ■・●=死亡</p>		
今までの 病歴	発症	病名	病院名(かかりつけ病院は丸を付けてください)	定期受診
	歳			有・無
	歳			有・無
	歳			有・無
	歳			有・無
病気 前・ケガを する様子	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()		保険種別 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 重度心身医療費助成 <input type="checkbox"/> 国保 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 高齢(1割・3割) <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 後期高齢(1割・3割) <input type="checkbox"/> 労災 介護保険 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / 調査日 /) <input type="checkbox"/> 申請済 要支援(1・2) 負担割合(1割・2割) 要介護(1・2・3・4・5) 居宅名： ケアマネージャー： 利用中サービス：
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()		
	食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	会話	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可		
現在の 様子	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()		
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()		
	食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	会話	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可		
施設・リハビリに対する希望・思い				エスコート《個室・2人・4人》
退所後の方向性 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(現在申し込み中施設：) <input type="checkbox"/> その他 ()				

*ご不明な点がございましたら、エスコートタウン 静清054-267-1010までお電話ください。