

# ご利用申込み書

平成 年 月 日記入者( )

ご利用者	ふりがな		性別	明治・大正・昭和
	氏名		男・女	年 月 日( 歳)
	住所	〒 TEL		
	保険証	国保・社保・老人・生保・他	障害者手帳・無・有〔 級〕	
	介護認定	要支援 ( 1・2 )	認定期間	平成 年 月 日～
	要介護 ( 1・2・3・4・5 )	平成 年 月 日		

ご利用希望の理由	1. リハビリ〔日常生活の訓練〕 2. 体調管理 3. 入浴希望 4. 介護負担の軽減 5. その他
----------	---

かかりつけ医	病院・医院	主治医	先生
	病院・医院	主治医	先生
	病院・医院	主治医	先生

ケアマネージャー	所属機関	氏名	
		TEL	( )

「かのん」をご利用になる前の状況	1. 在宅〔家族と同居・夫婦のみ・一人暮らし〕 2. 入院〔 〕病院・医院 3. 他施設利用〔 〕通所・入所
------------------	--

病歴・既往歴	発症時期	病名	入院・通院病院名	受診頻度
	平成 年 月			ヵ月 回
	平成 年 月			ヵ月 回
	平成 年 月			ヵ月 回
	平成 年 月			ヵ月 回
	平成 年 月			ヵ月 回
	平成 年 月			ヵ月 回
	平成 年 月			ヵ月 回

※病歴等ご利用者の現在の身体状況をご記入ください。過去に大きな病気をした場合もご記入ください。

＜問題行動や症状＞	家族構成
-----------	------

## 身元引受人〔緊急連絡先〕

ご家族の状況	氏名	利用者との続柄	住所・電話	緊急連絡
			〒 TEL	第1・第2
			〒 TEL	第1・第2
			〒 TEL	