

介護老人保健施設 夕なぎケアセンター施設利用申込書

介護老人保健施設
夕なぎケアセンター 施設長 殿

利用者氏名	(フリガナ) -----	男・女	明・大・昭 年 月 日生	年齢
住所	〒 -----	電話 () -----		

サービス	介護老人保健施設 夕なぎケアセンター (<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア) <input type="checkbox"/> 緊急
------	---

介護保険情報	被保険者番号 :	介護度 : 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2
	認定日 : 年 月 日	認定期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日
	担当ケアマネ : 事業所名 ()	担当者 : ()

連絡先	①氏名 続柄()	②氏名 続柄()
	住所 〒 -----	住所 〒 -----
	電話 () ----- 携帯等	電話 () ----- 携帯等

希望病院	第一希望病院 :	第二希望病院 :
------	----------	----------

【介護老人保健施設夕なぎケアセンターの目的】

当施設は、要介護状態と認定された入所者(以下「利用者」という。)に対し、介護保険法の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービス(以下「サービス」という)を提供することを目的とします。

◎ 現段階での確認事項 ※以下の該当項目(□)にチェックをしてください

- ①入所目的 リハビリ目的・・・(入所期間は概ね3か月程度となります)
 療養目的・・・(入所期間は概ね3か月～6か月程度となります)

その他 ()

※入所期間はご本人の状態により変更される事もあります

- ②入所以後の方針 リハビリ後は在宅復帰を予定
 家庭の状態により他施設を希望

その他 ()

③他に申請している施設

上記内容を確認し、介護老人保健施設夕なぎケアセンターの入所申込みに同意します。

令和 年 月 日 氏名

印 (本人との関係)