利用申込書

もれなくご記入の上、当てはまる□には✔を入れてください。頂いた個人情報はご利用者の処遇に関すること以外に利用いたしません。

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		性　別	生年月日	M T S	年　月　日（　歳）
利用者氏　名		男 ・ 女			
利用者住　所	〒 電話　（　）				
ふりがな		申込者住所	〒 自 宅 電 話:　（　） 携 帯 電 話:　（　） メールアドレス:　@		
申込者氏　名	続柄（　）				
希　望サービス	□ 入所：入所希望時期　今すぐ ・ 年　月　日 から入所希望 ・ 未定				
	□ 短期入所療養介護：利用希望時期　年　月　日～　年　月　日 を利用希望 ・ 未定				
	□ 通所リハビリテーション：提供時間希望（ 3～4時間 ・ 6～7時間 ）　入浴希望（ 有 ・ 無 ）				
居　室	□ 4人部屋を希望　□ 2人部屋を希望　□ 個室を希望				

利用希望の理由

主な疾患名及び病状（介護が必要になった原因疾患についてご記入ください）

①病名	発症時期	年　月	□手術した
②病名	発症時期	年　月	□手術した
③病名	発症時期	年　月	□手術した

保険種別	※お持ちのものがございましたら、コピーを添付してください。			
	□ 国保（ 本人 ・ 家族）	□ 身体障害者手帳（ 無 ・ 有　級）障害名（　）		
	□ 社保（ 本人 ・ 家族）	□ 生活保護（担当課名　担当者名　）		
	□ 介護保険負担限度額認定証（第1段階 ・第2段階 ・第3段階① ②）	□ その他（　）		
要介護区　分	申請中 ・ 要支援 １ ２　要介護 １ ２ ３ ４ ５	認定の有効期間	年　月　日 ～　年　月　日	
居宅介護支援事業所	事業所名		担　当ケアマネジャー名	（担当開始時期:　年　月から）
	TEL　（　）			
主治医連絡先	医院名		担当医師名	（担当開始時期:　年　月から）
	TEL　（　）			

現在の状　況	□ 家族と同居（独居以外の方は右表へ同居中の家族の続柄、年齢を記入してください）	同居中の家族情報	続柄 / 年齢
	□ 独居（近隣に支援できる者の有無　有（続柄　）・ 無 ）		歳代
	□ 入院中（入院先　病院に　年　月から入院 ）		歳代
	□ 施設入所中（入所先　に　年　月から入所 ）		歳代
	□ その他（　）		歳代
退所後の状況（※入所希望の場合）	□ 在宅復帰を希望（　年　月ごろに　自宅へ ・ グループホームへ ・ その他（　））		
	□ 施設入所を希望（　年　月ごろに　特別養護老人ホームへ ・ 有料老人ホームへ ・ 介護老人保健施設へ ）		
	□ 未定・その他（　）		
当施設を知ったきっかけ	□ 紹介された（ 紹介機関　紹介者名　）		
	□ 創生会グループ内の施設を利用していた（利用施設名　）		
	□ ご自身で調べた（近隣にお住まい ・ インターネット ・ その他　）		

介護老人保健施設　ロココリハ（医療法人社団創生会）
〒561-0893　大阪府豊中市宝山町6-7

TEL（入所・短期入所）	06-6855-2525
TEL（通所リハビリ）	06-6855-2526
FAX（各サービス共通）	06-6855-2567
mail（各サービス共通）	rococo-reha@i-souseikai.jp

【施設使用欄】
申込受付日　　年　　月　　日

書類確認	□ 利用申込書　□ 家族情報提供書 □ 保険者証コピー　□ 診療情報提供書
判定会議結果	□入所可（入所予定時期　月　日頃） □入所不可（不可理由を裏面に記録のこと）