

利用申込書

No.

利用者氏名	ふりがな			住所	〒		
生年月日	大・昭	年	月	日	歳	☐ 男性	☐ 女性
電話	—			—	携帯	—	
緊急連絡先①		☐ 常時連絡取れる ☐ 留守電折り返しが多い ☐ 緊急時駆けつけることができる ☐ 難しい					
氏名	ふりがな			住所	〒		続柄
自宅電話	—			—	携帯	—	
緊急連絡先②		☐ 常時連絡取れる ☐ 留守電折り返しが多い ☐ 緊急時駆けつけることができる ☐ 難しい					
氏名	ふりがな			住所	〒		続柄
自宅電話	—			—	携帯	—	
要介護認定		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		認定期間	年 月から 年 月まで
主な病歴							
	入院・入所歴		病院・施設名		原因疾患		期間
							年 月 日から 年 月 日まで
							年 月 日から 年 月 日まで
現在の健康状態	病名		症状等		☐ 安定 ☐ 不安定		
					治療→ ☐ 積極的 ☐ 保存的 ☐ 様子見 ☐ 無関心		
	病名		症状等		☐ 安定 ☐ 不安定		
通院先	主治医		頻度		内服薬／処置など		
利用状況	ケアマネ氏名		事業所		☐ 配食サービス 月 回		
	☐ 訪問介護(ホームヘルプサービス)		月 回	☐ その他(月 回			
	☐ 訪問看護／訪問リハ		月 回	負担限度額 ☐ 第4段階 ☐ 第3段階 ☐ 第2段階 ☐ 未申請			
	☐ 通所介護(デイサービス)／デイケア		月 回	月額本人負担(含む保険外) およそ 円			
	☐ 短期入所生活(療養)介護		月 日	支払者 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 生保			
	☐ 過去ショートステイ利用歴あり		年 月頃	経済負担 ☐ 問題なし ☐ 援助必要だが援助無い ☐ 援助あり			

西東京ケアセンターの利用を申し込みます。 令和3年10月1日改訂

個人情報が入所検討のために利用することに同意します。

※介護保険証(コピー可)を添付して下さい。 年 月 日 氏名