

# 利用者受付票

受付日

年 月 日

No.

利用者	氏名	フリガナ	男	生年月日
			女	明・大・昭 年 月 日生 ( ) 歳
	住所	〒		
	電話	① ( ) ② ( )		
申請者	氏名	フリガナ	本人との続柄	
	住所	〒		
	電話	① ( ) ② ( )		
現在の状況	入院中	病院名		
		所在地		
	施設入所中	病院名		
		所在地		
	在宅	<input type="checkbox"/> 通院：病院名		
		<input type="checkbox"/> 往診：病院名		
	介護度		居宅介護支援事業所	
	身体状況	病名		
		介護状況		
		食事 ( ) 排泄 ( )		
移乗 ( ) 移動 ( )				
認知症 ( あり ・ なし ・ 物忘れ程度 )				
その他 ( )				
希望サービス	入所 ・ ショートステイ		<家族構成>	
希望理由				
居室希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 四人部屋			
退所後の方針				
面談	◎ 面談実施 実施日 月 日			
	情報提供書依頼	済 ・ 未		
	胸写依頼	済 ・ 未		
キャンセル	理由			

\* ご記入いただきました情報は、老健センターささおかで安全に保管いたします。

また、いかなる第三者にも個人情報を提供することはありません。但し、ご利用されるにあたりご家族同意の上、情報収集や確認の為に関連機関等と連絡を取らせて頂く場合がございます。