

# らいおんハートリハビリ温泉ショートステイ 新規利用申込書

事業所名	らいおんハートリハビリ温泉ショートステイ
ご担当者様	〒272-0107千葉県市川市押切3-7
事業所番号	
電話番号	TEL/047-323-6343
FAX	FAX/047-323-6342

フリガナ		記入日	年	月	日
ご利用者氏名	様				
生年月日	M · T · S 年 月 日	歳	性別	男 · 女	
住 所	〒	電話番号	( 独居 · 家族同居 )		
負担限度額認定	有 · 無	第 段階	生活保護受給	有 · 無	

ご希望のお部屋形態 多床室 個室

かかりつけ医	病院名	主治医	電話番号
--------	-----	-----	------

既往歴	
-----	--

現病歴	
-----	--

家族氏名 (身元引受人) 緊急連絡先①	フリガナ 続柄 ( )	自宅番号 携帯番号
---------------------------	-------------	--------------

住 所	〒
-----	---

緊急連絡先②	② 氏名	続柄 ( )	電話番号
--------	------	--------	------

家族構成 入所経緯や 家族の要望と意向 ・ 本人の課題(ニーズ)

本人...   男...  女...  死亡...   夫婦... =

ご利用希望日	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 多床室 · 個室 )
	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 多床室 · 個室 )
	送迎: 行き ( 要 · 不要 ) 帰り ( 要 · 不要 ) / ヘルパー対応 : 有 · 無
	移動手段: 独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車いす (施設準備/持参)

施設用返信欄 ・ ご予約決定日 ご利用お申込み誠にありがとうございました。今後、ご契約日のご相談をさせていただきます。

年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 多床室 · 個室 )

年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 多床室 · 個室 )

担当/