

# □・スカー□ あおまだに 利用申込書

● ご利用を希望される方 ●

申込日 年 月 日

|                      |                                                   |            |  |
|----------------------|---------------------------------------------------|------------|--|
| お 名 前                | 明・大・昭 年 月 日生<br>男 ・ 女 ( 歳 )                       |            |  |
| 住 所                  | 〒 —                                               |            |  |
| ご 連 絡 先              | ( ) —                                             |            |  |
| 介 護 度                | 申請中 / 要支援 (1・2) / 要介護 (1・2・3・4・5)<br>認定日：令和 年 月 日 |            |  |
| 主 治 医                | 医院名 ( 先生 )                                        |            |  |
|                      | 住 所                                               | TEL： ( ) — |  |
| 居 宅 介 護 支 援 所<br>事 業 | 事業所名 (担当： )                                       |            |  |
|                      | 住 所                                               | TEL： ( ) — |  |

● ご家族様連絡先 ●

|                                        |            |     |         |
|----------------------------------------|------------|-----|---------|
| お 名 前                                  | 続柄 ( )     |     |         |
| 住 所                                    | 〒 —        |     |         |
| ご 連 絡 先                                | 自 宅： ( ) — |     |         |
|                                        | 携 帯： ( ) — |     |         |
| ○ 同居又はお近くにお住まいでお世話いただけるご親戚の方をご記入ください ○ |            |     |         |
| お 名 前                                  | 続 柄        | 年 齢 | ご 連 絡 先 |
|                                        |            |     |         |
|                                        |            |     |         |
|                                        |            |     |         |

● 希 望 サ ー ビ ス ● (「□」にチェックの上、ご記入ください)

|              |                                 |
|--------------|---------------------------------|
| □ グループホーム    | ( 令和 年 月 日から ) 入所希望             |
| □ 住宅型有料老人ホーム | ( 令和 年 月 日から ) 入所希望             |
| □ 通 所 介 護    | 週 回程度希望 / ( 希望日：月・火・水・木・金・土・日 ) |
| □ 訪 問 介 護    | 週 回程度希望 / ( 希望日：月・火・水・木・金・土・日 ) |
| □ 訪 問 診 療    | □ 医科 □ 歯科                       |
| □ 訪 問 看 護    | □ ナーストラスト □ その他                 |
| 利 用 目 的      |                                 |

医療法人神明会 □・スカー□ あおまだに

〒562-0023 箕面市粟生間谷西3-5-7 TEL：072-749-4165 / fax：072-749-4168