老人保健施設　フラワーハイツ
利用申込書

令和　　年　　月　　日

利用者	氏名　フリガナ	男性・女性	大正・昭和　　年 月　　日生　　歳
	住所 TEL（　　）　　-		
連絡先	氏名　フリガナ 続柄		自宅TEL（　　）　- 勤務先TEL（　　）　- 携帯　　-　　-

申し込みの理由

介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 未認定	居宅介護支店事業所名	
		担当　介護支援専門員	

利用区分

1　長期入所　　2.短期入所療養介護

3　通所リハ　　週　　回（　　曜日　　曜日）送迎（施設・家族）

4　介護予防通所リハ

週　　回（　　曜日　　曜日）送迎（施設・家族）

同居家族状況（主な介護者に◎）

氏　　名	続柄	年齢	職　業

※現在の状況

①入院中（病院名　　）

②施設入所中（施設名　　）

③在宅

主治医（　　）

※利用後について

①在宅

②その他（　　）

未定

申込者	住所　〒 TEL（　　）　-
	氏名　　利用者との続柄