

利用申込書

介護老人保健施設 桜の園

令和 年 月 日受付

*利用希望氏名

ふりがな	性別	男性	女性
氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日 (歳)
住所	〒		TEL

*連絡者氏名

ふりがな			続柄
連絡者氏名	印		
住所	〒		TEL
緊急時連絡先	〒		緊急時 TEL
メールアドレス			

*家族構成

氏名 (ふりがな)	生年月日	年齢	続柄	職業 (勤務先)
	T・S・H			
	T・S・H			
	T・S・H			
	T・S・H			
	T・S・H			

* 希望されるサービスは何ですか？

- 1.入所 2.短期入所療養介護(ショートステイ) 3.通所リハビリテーション

* 入所後、当施設からのご連絡(緊急性の無い内容)は電話とメールどちらをご希望ですか？

- 1.電話 2.メール ※緊急性のあるご連絡は、お電話致します。

*入所を希望される方について、次の事項についておたずねいたします。

・ご本人の居住居

- 1.自宅 2.病院 3.施設(病院・施設名)

・入所後、外泊や外出のご協力は得られますか？

- 1.はい 2.外泊のみ 3.外出のみ 4.いいえ