ショートステイ新高
デイサービス新高

利　用　申　込　書（初回・更新）

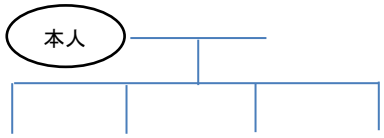
No.1

記入日：　　年　　月　　日

利　用　者	ふりがな		男・女	生年月日	□明治　□大正　□昭和 年　月　日（　歳）
	氏　名				
	住　所	〒　　－			
	連絡先	電話（　　） 携帯（　　）			
利用希望	□ ショートステイ　□ デイサービス　（□月　□ 火　□ 水　□ 木　□ 金　□土 ）				
介護保険	□要支援（　）□要介護（　）　有効期間：H　年　月　日 ～H　年　月　日 介護保険負担限度額認定証　□無　□有　（ □1段階　□2段階　□3段階 ）　□生活保護				
生活自立度	□正常　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2				
認知症自立度	□正常　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲ　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M				

申し込み者	ふりがな		続柄	連　絡　先
	氏　名			電話（　　）　－ 携帯（　　）　－
	住　所	〒　　－		
上記以外の緊急連絡先	ふりがな		続柄	緊　急　連　絡　先
	氏　名			電話（　　）　－ 携帯（　　）　－
	住　所	〒　　－		

生活状況	家族状況	家族の名前	続柄	同居/別居
				同/別
				同/別
				同/別
				同/別



居宅介護支援事業所	事業所名 ：	電話（　　）　－
	担当ケアマネージャー ：	携帯（　　）　－
	住所：	FAX（　　）　－
病歴		
感染症	□無　□有　（ □疥癬　□MRSA　□B肝　□C肝　□その他 [　　]）	
アレルギー	□無　□有　（　　）	

主治医情報	病院名	
	病院住所	
	主治医名	
	電話番号	（　　）　－
薬	服薬管理	服薬　□無　□有　（ □お薬手帳　□お薬表 ） 管理　□可　□不可

医療法人泰山会　ショートステイ新高・デイサービス新高　　ＴＥＬ（06）6397－7200　ＦＡＸ（06）6397－7201