

介護老人保健施設 マイウェイ四谷 利用相談票

相談日： 年 月 日 担当者：

利用者	ふりがな 氏名	様（男・女）			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生（歳）
	住所	〒			
	電話				
	要介護認定区分	要支援（ ）	要介護（ ）	新規申請中	区分変更中
	負担割合	1割 2割 3割			
	負担限度額認定証	第3段階② 第3段階① 第2段階 非該当			
申請者	ふりがな 氏名	様（男・女）			
	続柄				
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生（歳）
	住所	〒			
	電話	(自宅) (携帯)			

居宅介護支援事業所名	
担当ケアマネジャー	電話：

緊急連絡順・氏名	続柄	住所	電話
ふりがな ① 様			自宅： 携帯：
ふりがな ② 様			自宅： 携帯：
ふりがな ③ 様			自宅： 携帯：

かかりつけ医の有無（有・無） 病院・医院・診療所 先生（科） 電話： 病名： 通院頻度： か月毎	入院・入所中の医療機関・施設名 先生（科） 電話： 退院後の定期受診（有・無）
---	--

入所・ショートステイ

利用希望サービス	☐ 入所 ☐ ショートステイ
居室タイプ	☐ トイレ付き個室（TV・居室トイレ付・室料 ¥2,750 円/日） ☐ トイレ無し個室（共用トイレ・室料 ¥0 円/日） TV レンタル ☐ 希望あり(187 円/日) ☐ 希望無し ☐ TV 持ち込み(110 円/日) ☐ どちらでも可
新型コロナワクチン	☐ 最終接種日（20 年 月 日 回目） ☐ 未接種
利用目的 リハビリに望むこと	
老健利用歴	今までに老健に入所したことが（ある・ない） ※以前利用したことがある場合 施設名： 直近の退所日： 年 月 日
利用希望期間	☐ 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 年 月 上旬・中旬・下旬ごろから ☐ いつからでも可
退所後の方向性	☐ 自宅 ☐ 施設（申込み中の施設名：）

通所リハビリ（デイケア）

利用目的	
利用希望日	☐ （月・火・水・木・金・土） ☐ 曜日の希望はなく、週 回の利用を希望
送迎の希望	☐ 有 ☐ 無
個別リハビリの希望	☐ 有 ☐ 無
入浴の希望	☐ 有 ☐ 無