

利用申込書

申込日 令和 年 月 日

申込者	住所			
	ふりがな		印	本人との続柄
	氏名			
	電話番号	(自宅)		(携帯)

次の者が貴施設を利用したいので申し込みます。

ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
本人の氏名					生年月日			
本人の現住所	〒				電話番号			
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒				
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)				保険者			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 ※□:区分変更中						
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			認定日	令和 年 月 日		
介護者の状況 申請者と同じ <input type="checkbox"/>	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	氏名				生年月日			年齢
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所)					
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)						<input type="checkbox"/> なし
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 働いていない(<input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他()						
	複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:)						<input type="checkbox"/> なし
居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している				<input type="checkbox"/> 利用していない			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所							
	週当たりの利用日数				<input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日			
住居環境								
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名	電話番号			入院等の時期(令和 年 月頃)			
	退院等の 見込み							
	在宅生活 困難理由							
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴う			<input type="checkbox"/> 虐待疑い		
	<input type="checkbox"/> 上記でⅢA以上					<input type="checkbox"/> 単身世帯、家族の支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態の急迫性		
医療的処置の状況	現病名や既往歴							
	医療的処置の状況							
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()							
参考事項	居宅介護支援事業所				担当ケアマネジャー			
	他施設への申込							
	入所時期の希望							
	健康保険種別				年金種別			
	負担限度段階				無 1 2 3 非該当		負担割合	

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

個人情報使用について

1 使用する目的

(1) 利用申込者へのサービス提供に必要な利用目的

- ① 医療法人健生会（以下、「当法人」という。）及び社会福祉法人健慈会（以下、「関連法人」という。）が利用申込者等に提供する医療・介護サービス
- ② 介護サービスの利用申込者に係る当法人及び関連法人の管理運営業務（当該利用申込者の介護・医療サービスの向上）
- ③ 当法人及び関連機関が利用申込者等に提供を予定する医療・介護サービスのうち、利用申込者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答。
- ④ 利用申込者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合や検体検査業務の委託、家族等への心身の状況説明
- ⑤ 介護保険事務のうち保険者からの照会への回答

(2) 上記以外の利用目的

- ① 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ② 当法人及び関連法人において行われる学生の実習への協力
- ③ 当法人及び関連法人において行われる事例研究
- ④ 外部監査機関への情報提供

2 使用する職員の範囲

医療・介護サービスを提供する職員（介護支援専門員など）

3 使用する期間

利用申込み日からサービス提供終了まで

4 条 件

- (1) 厚生労働省が定めた「個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」にしたがって適切な取扱いをすること。
- (2) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

※申し込みを希望するサービスにして下さい。

入所 サービス	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設リハビリタウンくじ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム結の里	<input type="checkbox"/> 竹下医院ショートステイ事業所 <input type="checkbox"/> グループホームぬくもり
通所 サービス	<input type="checkbox"/> リハビリタウンくじデイケア <input type="checkbox"/> デイサービスぬくもり（認知症対応型）	<input type="checkbox"/> 竹下医院デイケア

利用申し込みに伴い、選択したサービス間の個人情報共有に同意します。