介護老人保健施設 らくらく一色：ご利用希望票

受付:令和　　年　　月　　日

記入者:

ご本人	ふりがな			性別	年 齢	歳
	氏名	様		男 ・ 女		
	生 年 月 日	年　　月　　日		電 話 番 号		
	住 所					
	要 介 護 度		認定年月日	年　　月　　日	有効期限	年　　月　　日 ～ 年　　月　　日
	身 障 手 帳	有 ・ 無			認知症	有 ・ 無
	主 病 名 等					
	かかりつけ医					
利 用 目 的		独居 ・ 高齢者夫婦 ・ 介護力不足 ・ その他(　　)				
希望サービス		入所 ・ ショートステイ ・ デイケア				
相談者・連絡先	氏名	様			ご本人との関係	
	住所・電話番号(確実に連絡がとれるように、携帯等、2ヶ所以上ご記入願います。連絡が取れない場合、ご利用手続きが後回しになるおそれがあります。)					
紹 介 元		友人・知人　　市役所・町役場　　他施設(　　)　その他(　　)				
支 援 事 業 所		TEL			担当ケアマネージャー	

施設見学　有 ・ 無
施設見学後の感想や意見

その他: 家族の構成・年齢・続柄、現在ご利用のサービス など