

介護老人保健施設(入所・通所・短期入所)申込書

下記により、貴施設の利用を申し込みます

フリガナ			男・女	明治・大正・昭和 年 月 日			歳	
本人氏名								
住所	〒 ー ー 電話番号 ー ー ー							
身元 引受人	フリガナ				続柄			
	氏名							
	住所	〒 ー ー			自宅 携帯			
	勤務先				電話番号			
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中(前回:)			被保険者番号				
	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2							
	<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5							
現在	入院中・施設入所中・ご自宅(外来通院・往診)・その他()							
	医療機関及び施設名:							
	上記の機関の主治医名:							
かかりつけ 医師	医療機関名			医師名				先生
診断名	認知症()・高血圧症・骨粗鬆症・パーキンソン病							
	脳梗塞後遺症・脳内出血後遺症・糖尿病・骨折(部位:)							
	その他							
既往歴				服薬	現在服用している薬剤名を記入			
居宅介護支援事業所				介護支援専門員氏名				
障害手帳	無・有	障害者名			種 級			
利用者負担限度額認定証	無・有	割			第 段階			
家 族 構 成	続柄	氏名		年齢	同居・別居		特記事項	
					同・別			
					同・別			
					同・別			
					同・別			

● 家族について

配偶者	同居・別居・離別・死別・無
子供	無・有（ 人）
同居家族	無・有（ 人）

● 住宅環境について

現住所	持ち家・借家
本人の部屋	無・有（ 洋風・和風・和洋折衷 ）
就寝	ベッド・布団
食事	様式テーブル・和式畳
トイレ	様式・和式畳

● 現在の介護者について

有 無	無・有（ 配偶者・子・息子の妻・その他 ）
年 齢	歳
健 康	健康・病弱
職 業	無・有・自営

● 生活保護の有無について 有・無

● 居室についての希望 ①個室 ②多床室(2~4人) ③どちらでもよい

● 転室について ①個室 ②2人部屋 ③4人部屋 への転室は可能である。
[ただし、個室と多床室(2~4人部屋)の利用料は異なります。]