

# 入所 ・ 短期入所 ・ 通所 申込書

申し込み日 年 月 日

ご利用者	ふりがな 氏名				男 女
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日 ( 歳 )
	住所	〒 -			
	電話	自宅			
申込者	氏名	( 続柄 )			
	自宅住所	〒 -			
	電話	自宅	携帯		
	勤務先住所	〒 -			
	勤務先名	勤務先名称	電話番号		
現在の状況	① 自宅 ② 病院入院中 病院名 ( ) ③ 施設入所中 施設名 ( )				
介護度	要支援・要介護 ( )	平成	年	月	日 ~ 年 月 日
主治医	病院名	主治医	服薬 有・無		
居宅介護支援事業所	事業所名	担当ケアマネジャー			
保険等手帳情報	① ( )医療被保険者証 ②生活保護 ③身障者 ④被爆者 ⑤公害				
経済情報	①年金受給者(約 万/2ヶ月) ②生活保護(担当ケアマネジャー) ③年金受給無(利用料お支払い予定者)				
同居家族構成	氏名	年齢	続柄	職業	
	-----				
	-----				
ご利用目的(具体的に) ;					
退所後の行先(希望) ; ① 在宅 ② 特別養護老人ホーム ③ 有料老人ホーム ④ 入所系施設 ( ケアハウス・ ) ⑤ その他 ( )					

お申し込みありがとうございます。上記部分とアンケート(別紙)をご記入くださいませ。

**\*当施設記入欄\***

① 面接予定日 年 月 日 連絡 月 日 済み

② 判定年月日 年 月 日 連絡 月 日 済み

利用可

利用不可 理由 \_\_\_\_\_

他病院、施設へ紹介 紹介先 \_\_\_\_\_

③ ご利用開始日

入所日 年 月 日 時 送迎 有・無

連絡 年 月 日 済み

利用開始日 ( 短期入所 通所 )

年 月 日 ~

連絡 年 月 日 済み

そのだ介護老人保健施設