

入所申込書

(記入日)

年 月 日

利用者	フリガナ			年 月 日		
	氏名	(男・女)		年 月 日 (満 歳)		
	住所	〒 TEL: ()				
	介護保険 被保険者証	番号			要介護 (1・2・3・4・5)	
		認定年月日	年	月	日	
		認定の有効期間	年	月	日～ 年 月 日	
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他					
身障者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種 級 障害名:) <input type="checkbox"/> 無					
申込者	フリガナ					
	氏名					
	住所	〒 TEL① () ② ()				
利用希望内容	入所	入所希望時期	利用希望日: 年 月 日			
		現在の生活	<input type="checkbox"/> 在宅 (一人暮らし・家族と同居)			
			<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名) 年 月 日～			
			<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名:) 年 月 日～			
	退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院				
居宅介護 支援事業所名		(担当介護支援専門員)				
		TEL	FAX			
他施設の 申込み状況	<input type="checkbox"/> 申し込んでいない <input type="checkbox"/> 申し込んでいる 申込施設名:					
入所申込理由	【①終末期、②心停止等、緊急時の対応の希望について】 ①介護医療院での看取りを希望 する ・ しない (他病院への転院を希望する) ②他病院への搬送を希望: する ・ しない (介護医療院で最期を迎える)					
緊急連絡順・氏名	続柄	住所		電話番号		
①		〒		自宅 携帯		
②		〒		自宅 携帯		
③		〒		自宅 携帯		
(家族構成)		利用しているサービス				
		デイサービス (回/週)		デイケア (回/週)		
		訪問介護 (回/週)		訪問看護 (回/週)		
		ショートステイ (日/月)				
		福祉用具 (その他)				
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 /同居者を囲って下さい。						