

介護老人保健施設 ケアハイツ・川越 入所申込書

令和 年 月 日

利用希望者	ふりがな			男・女	生年月日			
	氏名			大・昭・平	年	月	日	歳
	住所	〒 _____ 電話 (_____)						
申込者	氏名				年齢	歳	続柄	
	住所	〒 _____ 電話 (_____) 携帯 _____ - _____						
利用希望	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
主病名				既往歴				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (居宅介護支援事業所 _____ ・ケアマネージャー _____) <input type="checkbox"/> 医療機関入院中 (医療機関名 _____ :令和 年 月 ~) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名 _____ :令和 年 月 ~)							
今後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームに申し込んでいる・予定している (施設名 _____) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設に申し込んでいる・予定している (施設名 _____) <input type="checkbox"/> その他 施設に申し込んでいる(施設名 _____) <input type="checkbox"/> まだ、わからない							
介護保険	要介護度 (要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 申請中							
	有効期限 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
身体障害者手帳	有(_____ 級) ・ 無			認知症(痴呆)	有 ・ 少しあり ・ 無			
生計	本人 ・ 家族(親族) ・ 生活保護							
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他			年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
かかりつけ医療機関								
家族構成 (本人除く)	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢		
緊急連絡先 (申込者以外の連絡先)	氏名	続柄	住所			電話		