

特別養護老人ホーム かがやき苑 入所申込書

特別養護老人ホーム
かがやき苑
施設長 様

申込者(連絡先)

住所	〒	
(フリガナ)		入所希望者との続柄
氏名		()
電話番号		

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

(フリガナ)		性別	生年月日	年齢	
入所希望者氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日	歳	
現住所	〒		電話番号		
介護保険	被保険者番号		保険者名		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2	<input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4	<input type="checkbox"/> 要介護 5 認定日	
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日	
健康保険	(種別・記号番号)				
年金等	(種別)				
障がい者手帳等	手帳の種類	_____ (障害名: _____)			
	判定	_____ 級(度)	年 月 日		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身 ・ 同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 _____ (年 月 日 ~)				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ 診察情報提供書(医師の診断書)の提供をお願いします。 現在治療中の病気				
	病名	入院・通院医療機関名	期間		
			年 月 日 ~ 年 月 日		
			年 月 日 ~ 年 月 日		
			年 月 日 ~ 年 月 日		
	既往歴	病名	入院・通院医療機関名	期間	
				年 月 日 ~ 年 月 日	
			年 月 日 ~ 年 月 日		
			年 月 日 ~ 年 月 日		

