

入所利用申込書 ・緊急時等登録カード

平成 年 月 日 現在

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大正・明治・昭和
氏名			年 月 日(歳)	
介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
医療保険	介護保険負担減額認定書 無・有()段階 負担割合()			
障害者手帳	1. 国保 2. 後期高齢 3. 社保 4. 共済 5. その他()			
疾患	1. 身障手帳(種 級) 2. 療育手帳(区分)			
既往歴	3. 精神障害者保健福祉手帳(級) 4. 手帳なし			
服薬・用量 服薬上の注意				
避難時の留意事項				
緊急時の連絡先①	ふりがな			続柄
	氏名			
	住所	〒		
	電話		携帯	
緊急時の連絡先②	ふりがな			続柄
	氏名			
	住所	〒		
	電話		携帯	
かかりつけ病院		主治医		
住所				
TEL		FAX		
事業所名		担当ケアマネージャー		
住所				
TEL		FAX		
利用される理由				
希望のお部屋	棟	<input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 認知症棟 <input type="checkbox"/> どちらでも可		
	部屋種	<input type="checkbox"/> 従来型個室① <input type="checkbox"/> 従来型個室② <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> どこでも可		
現在	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療機関入院中(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名称:)			
退所後の希望	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他()			
他施設への申込	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (施設名:)			