

入所利用申込書 ・退所前連携シート

西暦 2022 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)		
住所	〒			TEL		
介護保険	要介護 1・2・3・4・5					
	介護負担割合 1・2・3					
	介護保険負担減額認定書 無・有 (1・2・3①・3②・4) 段階					
医療保険	1.国保 2.後期高齢 3.社保 4.共済 5.その他 ()					
障害者手帳	1.身障手帳 (種 級) 2.療育手帳 (区分) 3.精神障害者保健福祉手帳 (級)					
	障害区分認定 無・有 (1・2・3・4・5・6)					
コロナワクチン接種	① 年 月 日		② 年 月 日		③ 年 月 日	
	会場:		会場:		会場:	
緊急時の連絡先 ①	ふりがな					続柄
	氏名					
	住所	〒				
	携帯			自宅TEL		
	勤務先名			勤務先TEL		
緊急時の連絡先 ②	ふりがな					続柄
	氏名					
	住所	〒				
	携帯			自宅TEL		
	勤務先名			勤務先TEL		
かかりつけ病院			担当医	先生	診療科	
住所	〒					
TEL			FAX			
事業所名			担当ケアマネージャー	ケアマネージャー		
住所	〒					
TEL			FAX			
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"/> 施設利用中 (入所・ショートステイ) (特養・老健・その他) 施設名: TEL:					
在宅サービス利用状況 (有・無)	訪問介護:					
	福祉用具:					
	デイサービス:					
	ショートステイ:					
	その他 :					
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				
本人の意向			ご家族の意向			
退所後の希望	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <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:)					