

介護老人保健施設梅壽苑 入所申込書

申込日 年 月 日

申込者	フリガナ			性別	年齢	利用者との続柄		
	氏名			男・女	才			
	住所	〒 -						
	電話番号	自宅 () 携帯 ()						
入所希望者	フリガナ			性別	生年月日	年齢		
	氏名			男・女	大正・昭和 年 月 日	才		
	住所 (住民票)	〒 -		電話番号				
	入所希望理由	<input type="checkbox"/> 独居生活不可能 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護疲労 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他						
	医療関係	かかりつけ医	医療機関名				医師	
		<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 (担当: 連絡先:)						
	<input type="checkbox"/> 右記なし <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳							
	介護関係	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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 <input type="checkbox"/> 申請中					
		認定年月日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
		負担割合	1割・2割・3割		負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (第1・第2・第3・第4)		
居宅						担当 ケアマネ		
経済状況	・年金 (円/月) ・その他収入 有・無 年間収入 (円)							
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中	医療機関名	病名:		入院日: 年 月 日 ~			
	<input type="checkbox"/> 自宅で生活	住居の状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート・マンション 階 (エレベーターの有・無 / 階段の有・無)					
			<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 / 介護者の有無: <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					
<input type="checkbox"/> 介護サービス利用中	サービス種類	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()						
家族構成	入所希望者の配偶者及び子すべて記入	氏名	年齢	続柄	居住状況	介護者○	施設記入欄	
					同居・別居			
					同居・別居			
					同居・別居			
					同居・別居			
方将来性の	退所後の予定 申込済み施設	<input type="checkbox"/> 在宅 (独居・同居) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 高齢者住宅 <input type="checkbox"/> その他						
当苑利用にあたり本人又は家族の希望 (出来るだけ具体的に記入して下さい)								

※申込書提出時には医療・介護の保険証を添えて提出してください