

入所申込書

介護老人保健施設 若葉が丘

令和 年 月 日

フリガナ 利用者名	様 男・女		生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所	〒		電話番号
緊 急 連絡先	フリガナ 氏 名	続柄 ()	大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所 〒		電話番号
緊 急 連絡先	フリガナ 氏 名	続柄 ()	大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所 〒		電話番号
介護度	1 - 2 - 3 - 4 - 5	利用目的 及び目標	
各種保険	後期高齢者医療被保険者証：有・無 医療保険： 国保・健保・生保	身障手帳 有 (種 級)・無 障害名 ()	
年金の種類	国民・厚生・共済・その他 () 金額： 円/月	負担限度額認定証の有無 ・有り ・無し (第1段階・第2段階・第3段階)	
現在の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他 ()	利用しているサービス	
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名 () 令和 年 月 日～ 理由：	
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	施設名 () 令和 年 月 日～ 理由：	
希望期間	<input type="checkbox"/> 1～3箇月 <input type="checkbox"/> 3～6箇月 <input type="checkbox"/> 6～12箇月		
希望療養室	<input type="checkbox"/> 一般室 (4人部屋) <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どの部屋でも早く入れるなら良い		
退所後の 方 針	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 (主介護者： 本人との続柄：) 同居経験 (有・無) どなたとご一緒でしたか？ _____ 介護経験 (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 他老人保健施設 施設名 (_____)		
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 施設名 (_____)		
	<input type="checkbox"/> その他 _____		
備 考			

短期入所申込書

介護老人保健施設 若葉が丘

令和 年 月 日

フリガナ 利用者名	様 男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住 所	〒	電話番号	
緊 急 連絡先	フリガナ 氏 名 ()	続柄	大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所 〒		電話番号
緊 急 連絡先	フリガナ 氏 名 ()	続柄	大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所 〒		電話番号
介護度	要支援1・要支援2 1・2・3・4・5	有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
各種保険	後期高齢者医療被保険者証：有・無 医療保険：国保・健保・生保	身障手帳 有 (種 級)・無 障害名 ()	
現在の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅 主介護者 _____	利用しているサービス： ・ ・ 医療機関受診 有・無 医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名 () 令和 年 月 日～	
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	施設名 () 令和 年 月 日～	
居宅介護支援事業所名・担当者：		電話番号：	FAX：
利用目的		目 標	
備 考			

通所申込書

介護老人保健施設 若葉が丘

令和 年 月 日

フリガナ 利用者名	様 男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住 所	〒	電話番号	
緊 急 連絡先	フリガナ 氏 名 ()	続柄 ()	大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所 〒		電話番号
緊 急 連絡先	フリガナ 氏 名 ()	続柄 ()	大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所 〒		電話番号
介護度	要支援1・要支援2 1・2・3・4・5	有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
各種保険	後期高齢者医療被保険者証：有・無 医療保険：国保・健保・生保	身障手帳 有 (種 級)・無 障害名 ()	
現在の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅 主介護者 _____	利用しているサービス： ・ ・ 医療機関受診 有・無 医療機関名 TEL	
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名 () 令和 年 月 日 ~	
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	施設名 () 令和 年 月 日 ~	
居宅介護支援事業所名・担当者：		電話番号：	FAX：
利用目的		目 標	
通所日	月・火・水・木・金・土 (回/週) 希望		
	<input type="checkbox"/> 送迎希望 送迎時の状態：家族立会い有り・1人 <input type="checkbox"/> 入浴希望		
利用開始日	令和 年 月 日 ~		
備 考			