

利用申込書

記入日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 伊豆慶友介護医療院 <input type="checkbox"/> 老健 つきがせ(入所) <input type="checkbox"/> ショートステイ	
	フリガナ		男・女	生年月日 (歳)
氏名				大・昭 年 月 日
利用者	住所	〒 (同居・独居)		
	電話	自宅：		
申込者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話	自宅：	携帯：	

申込理由	<input type="checkbox"/> 長期入所 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 (月頃まで入所希望) <input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 他施設の入所待ち (施設名：)	
	介護保険証	要介護 1 2 3 4 5 ・ 要支援 1 2 ・ 申請中 ・ 更新中
保険証情報	認定期間	平成 ・ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで
	介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 ※所得によって負担割合が変わります
	医療保険証	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保社保 () <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 : <input type="checkbox"/> 申請済み (月 日頃) <input type="checkbox"/> 申請予定 (月 日頃) <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金受給者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 医療保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 視覚、 <input type="checkbox"/> 聴覚、 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく、 <input type="checkbox"/> 肢体、 <input type="checkbox"/> 内部)	
医療情報	かかりつけ医	病院名： 科 先生
	主な疾患	1. 2. 3.
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 伊豆慶友病院 <input type="checkbox"/> 他院：
	<input type="checkbox"/> 入所中	<input type="checkbox"/> 施設名：
	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 居宅支援事業所： <input type="checkbox"/> 担当者ケアマネ：
備考	お部屋の希望 : <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室	

※入所判定時に「診療情報提供書」が必要となります。