

利用申込書

介護療養型老人保健施設
老健つきがせ 施設長 様

記入日	年	月	日	(<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所)		
利用者	フリガナ			男・女	生年月日 (歳)	
	氏名				大・昭 年 月 日	
	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							
現在の状況	介護度	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 申請中			視力	普通 ・ 弱視 ・ 全盲	
	負担割合証	1割 2割 3割			聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴	
	認定期間	年 月 日から 年 月 日まで			義歯	無 ・ 有 (上 下 上下)	
	1.入院中	<input type="checkbox"/> 伊豆慶友病院 階 <input type="checkbox"/> 他院：			意思表示	可 ・ 不可 ()	
	2.施設名	施設名：					
	3.在宅	ケアマネージャー 事業所：		担当者：			
	利用介護サービス名		<input type="checkbox"/> 通所サービス	<input type="checkbox"/> 短期入所			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護		<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			
医療情報	かかりつけ医	病院 医院 クリニック				科	先生
	主な疾患	1.		2.		3.	
	医療保険	前期高齢 ・ 後期高齢 ・ 国保 社保 () ・ 生保 ・ 自費					
	高齢受給者証	有 ・ 無		種類			
	身障手帳	有 ・ 無		種 級	障害名	交付年月日 年 月 日	
備考	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証			<input type="checkbox"/> 医療保険負担限度額認定証			
	<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						

※入所判定時に「診療情報提供書」が必要となります。