

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	平成 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	聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴
	認定期間	平成 年 月 日から 平成 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。