

介護医療院ふちがみ

入所申込書

記入日：令和 年 月 日

記入者：

入 所 者	氏名	()	男・女	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住所	〒 -		電話
				携帯
	現在	自宅 / 入院中 () / 入所中 () / その他		
	かかりつけ医			
	病名・既往歴			
	申し込み理由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 病後の療養 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 家庭の事情で介護困難 <input type="checkbox"/> 独居生活に不安 <input type="checkbox"/> その他 ()	退所後の生活	<input type="checkbox"/> 自宅生活 (独居 ・ 同居) <input type="checkbox"/> 他施設：申込 (済 ・ 未) () <input type="checkbox"/> その他 ()
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 (月額 万円) <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護	保険情報	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 水俣病関係
介護保険	要介護 () / 区分変更中 / 申請中 居宅 () / 担当 ()			
① 緊急 連絡 先	氏名		続柄	【家族構成】
	住所	〒 -		
	電話			
	携帯			
② 緊急 連絡 先	氏名		続柄	備考
	住所	〒 -		
	電話			
	携帯			