

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 | | | |