

にしお老人保健施設 彩り 利用申込書・緊急連絡先確認表

申込み日： 年 月 日

利用者	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	大正・昭和	年 月 日	
	住所	〒				
	電話	() -				
	現在の状況	<input type="checkbox"/> ご自宅		<input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名: 病院)		
		<input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名:)				
		<input type="checkbox"/> その他 ()				
	ケアマネージャー	事業所名:		担当ケアマネージャー:		
要介護認定	要介護度 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		申請中 ・ 区分変更中			
現在のかかりつけ医	病院名:		医師			
申込者	ふりがな		続柄	生年月日		
	氏名			昭和・平成	年 月 日	
	住所	〒				
	電話	() -				
	携帯電話	() -				
	勤務先		() -			
緊急連絡先	① <input type="checkbox"/> 申込者と同じ	ふりがな		電話番号		
		氏名		() -		
		続柄		() -		
		住所	〒			
	② <input type="checkbox"/> 申込者と同じ	ふりがな		電話番号		
		氏名		() -		
		続柄		() -		
		住所	〒			

※緊急連絡先が申込者と同じ場合は、□にチェックを入れてください。

施設記入欄

共通項目	経済状況	国民年金・厚生年金・共済年金 障害年金・その他() 月額(万円)	
	介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担	
	介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(段階)	
	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護	
	福祉医療費受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級)	
	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級)	
長期入所利用時確認項目	他施設(介護老人保健施設)への申し込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(施設名:)	
	特別養護老人ホームへの申し込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(施設名:)	
	入所目的	<input type="checkbox"/> リハビリをしてご自宅に帰りたい <input type="checkbox"/> 介護負担軽減のため一定期間の入所 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続が困難なため長期的な入所を希望 <input type="checkbox"/> その他()	
	入所希望時期	年 月 日 ~ 年 月 日 まで	

対応者