

介護老人保健施設 福住の丘 入居申込書

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| 申込日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |

| | | | | | | | | | |
|---------------|----------------------------|--|----|----|-----------|------|------|----|-------|
| 入居希望者 | ふりがな | | | | 男・女 | 生年月日 | | | |
| | 氏名 | | | | M・T・S | 年 | 月 | 日生 | (歳) |
| | 住所 | (〒 -) | | | | | | | |
| | 電話 | | | | 携帯電話等 | | | | |
| 申込者(連絡先) | ふりがな | | | 続柄 | 年齢 | | | | |
| | 氏名 | | | | 歳 | | | | |
| | 住所 | (〒 -) | | | | | | | |
| | 電話 | | | | 携帯電話等 | | | | |
| 介護保険 | 要介護度 (該当項目に○) | 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 未申請 ・ 申請中 ・ 区分変更申請中 | | | | | | | |
| | 有効期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| | 担当 居宅介護支援事業所 | (担当:) | | | | | | | |
| | サービス利用状況 | | | | | | | | |
| 入居希望者の状況 | 収入状況 | 年金種類: 年金額: 年額 円 | | | | | | | |
| | 所得段階 (負担限度額認定証) | 第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階 ・ 未申請 | | | | | | | |
| | 現在の状況 | 独居 ・ 同居 入院中 () 施設入居中 () ・ その他 () | | | | | | | |
| | 今後の方向性 | 自宅 ・ 高齢者住宅 ・ グループホーム 特別養護老人ホーム ・ その他 () | | | | | | | |
| | 医療状況 (該当項目に○) | 経管栄養 ・ 胃ろう ・ 在宅酸素 ・ インシュリン注射 ・ その他 | | | | | | | |
| | | 【既往歴・現在治療中の病気・特記事項等】 | | | | | | | |
| | 主治医 | 医療機関: | | | | 担当医: | | | |
| 入居希望理由 | | | | | | | | | |
| 申込者以外の 連絡先 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 住所 | | | 電話番号 | | |
| | 1 | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | |
| 紹介者または担当者 | 居宅介護支援事業所または入院(入所)中の病院・施設名 | | | | | | | | |
| | 担当者名: | | | | 電話番号: () | | | | |

介護老人保健施設 福住の丘 入居申込書

| | |
|-----|-----------------|
| 申込日 | 平成 27 年 〇 月 〇 日 |
| 受付日 | 平成 記入不要 日 |

記入例

| | | | | | | |
|-----------|--|--|----|-----------|-------------------------------------|---------------|
| 入居希望者 | ふりがな | ふくずみ たろう | | 生 年 月 日 | | |
| | 氏名 | 福住 太郎 | | 男・女 | M・T・ S 〇 年 〇 月 〇 日生 (〇〇 歳) | |
| | 住所 | (〒 123 - 4567) 札幌市 豊平区 〇〇条 〇〇丁目 〇-〇 | | | | |
| | 電話 | 011-0000-0000 | | 携帯電話等 | 090-0000-0000 | |
| 申込者 (連絡先) | ふりがな | とよひら はなこ | 続柄 | 年齢 | | |
| | 氏名 | 豊平 花子 | 長女 | 〇〇 歳 | | |
| | 住所 | (〒 123 - 4567) 札幌市 豊平区 〇〇条 〇〇丁目 〇-〇 | | | | |
| | 電話 | 011-0000-0000 | | 携帯電話等 | | 090-0000-0000 |
| 介護保険 | 要介護度 (該当項目に〇) | 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 未申請 ・ 申請中 ・ 区分変更申請中 | | | | |
| | 有効期間 | 平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 ~ 平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 | | | | |
| | 担当 居宅介護支援事業所 | 居宅介護支援事業所 〇〇〇 (担当: 〇〇 様) | | | | |
| | サービス利用状況 | (入院前) 訪問介護 週2回 、 通所リハビリ 週2回 | | | | |
| 入居希望者の状況 | 収入状況 | 年金種類: 国民・厚生 年金額: 年額 〇〇〇万 円 | | | | |
| | 所得段階 (負担限度額認定証) | 第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階 ・ 未申請 | | | | |
| | 現在の状況 | 独居 ・ 同居 入院中 (札幌〇〇病院) 施設入居中 () ・ その他 () | | | | |
| | 今後の方向性 | 自宅 ・ 高齢者住宅 ・ グループホーム 特別養護老人ホーム ・ その他 () | | | | |
| | 医療状況 (該当項目に〇) | 経管栄養 ・ 胃ろう ・ 在宅酸素 ・ インシュリン 注射 ・ その他 | | | | |
| | | 【既往歴・現在治療中の病気・特記事項等】 平成〇〇年 糖尿病 (インシュリン注射 朝〇単位) 平成〇〇年 脳梗塞 (入院中) | | | | |
| | 主治医 | 医療機関: 札幌〇〇病院 | | 担当医: 〇〇医師 | | |
| 入居希望理由 | 現在入院中であるが、自宅で生活するにはもう少しリハビリを続けたいから。 | | | | | |
| 申込者以外の連絡先 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 住所 | 電話番号 | |
| | 1 | 福住 一郎 | 〇〇 | 長男 | 千歳市〇〇丁目〇-〇 | 080-0000-0000 |
| | 2 | 主なご家族の記入をお願いします。 | | | | |
| | 3 | | | | | |
| 紹介者または担当者 | 居宅介護支援事業所または入院 (入所) 中の病院・施設名 札幌〇〇病院 担当者名: 〇〇医療相談員 電話番号: 011 (〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | | |