

短期入所療養介護 入所利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設

川口メディケアセンター 宛て

利用者	ふりがな	男	生年月日	明	・	大	・	昭
	氏名	女	年 月 日					
	住所	〒 -						
	電話番号	自宅 ()	携帯 ()					
要介護状態区分	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
認定日の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで							
介護保険被保険者番号								
申込者	ふりがな							
	氏名	本人・家族(続柄)・その他()						
	住所	〒 -						
	電話番号	自宅 ()	携帯 ()					
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号				
	①			()				
				()				
	②			()				
				()				
	③			()				
希望居室		個室 ・ 4人部屋						
現在の状況		1.在宅で生活中 (同居 ・ 別居)						
		2.入院中 (医療機関名)						
		3.施設入所中 (施設名)						
健康状況		かかりつけ医 ()						
		病名 ()						
		内服 ()						
担当ケアマネージャー		ケアマネージャーの名前 ()						
		居宅介護支援事務所 ()						
		連絡先 ()						

※入所利用申込書の他に、診療情報提供書が必要となります。