

介護老人福祉施設 青梅白寿苑 入居申込書

受付番号	第 号	平成 年 月 日						
入所申込者	ふりがな 氏名			生年月日	喘・疔・喘 年 月 日	歳	性別	男・女
	住所	〒					要介護度	
	保険者NO.			被保険者NO.			TEL	()
申込代理人	氏名			続柄			TEL	()
	住所	〒						
同居者 または 親族の 状況	氏名	続柄	住所			連絡先		
						()		
						()		
						()		
現在の状況	① 在宅生活 (主な介護者: _____ 続柄 _____) ② 在宅サービス 利用頻度 【 平均 () 割り程度 】 ③ 病院に入院中 (病院名: _____ TEL _____) ④ 老人保健施設入所中 (施設名: _____ TEL _____)							
健康保険	社保・国保・共済・生保		本人・家族	老人医療等	老健・福・障			
年金受給	① 受けている (_____ 年金・月額 _____ 円) ② 受けていない							
身体障害者 手帳の有無	① 有	② 無	(障害名) _____					
	等級	種級	_____					
病歴	年 月～ 年 月	まで 現在	病名			病院		
	年 月～ 年 月	まで 現在	病名			病院		
	年 月～ 年 月	まで 現在	病名			病院		
入所希望日	平成 年 月 日			連絡事項				
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他							

施設長	総務課長	福祉課長	看護係長	管理係長	栄養係長	ケアマネ	相談員補佐	受付