

短期入所生活介護 利用申込書

年 月 日

介護老人福祉施設 タムスさくらの杜市川 宛て

| | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------------|-----------|----------------------|-----------|----|--------|---|---|
| 利用者 | ふりがな <input type="checkbox"/> 男 | | 生年月日 | 明治 | 大正 | 昭和 | 歳 | |
| | 氏名 <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | |
| 介護保険負担限度額認定証 | | 有(段階)・無 | | | | | | |
| 申込者 | ふりがな | | | | | | | |
| | 氏名 | | 続柄() | | | | | |
| | 住所 〒 _____ | | | | | | | |
| 電話番号 | | 自宅 () | | 携帯 () | | | | |
| 利用希望日 | 希望日 | | 送迎 | 希望日の調整・変更 | | 利用希望理由 | | |
| | ① | 月 日 ~ 月 日 | 要・不 | 可 ・ 不可 | | | | |
| | ② | 月 日 ~ 月 日 | 要・不 | 可 ・ 不可 | | | | |
| | ③ | 月 日 ~ 月 日 | 要・不 | 可 ・ 不可 | | | | |
| 現在の状況 | | | 1. 在宅生活中 (同居 ・ 別居) | | | | | |
| | | | 2. 入院中 (医療機関名) | | | | | |
| | | | 3. 施設入所中 (施設名) | | | | | |
| 健康状態 | | | 1. かかりつか医 () | | | | | |
| | | | 2. 現病名 () | | | | | |
| | | | 3. 内服 () | | | | | |
| 担当ケアマネージャー | | | 1. 居宅支援事業所 () | | | | | |
| | | | 2. ケアマネージャーの名前 () | | | | | |
| | | | 3. 連絡先 () | | | | | |

注) 利用申込書のほかに、診療情報提供書が必要となります。