

介護老人保健施設 心れあいの里 利用申込書

(ご家族様記入用①)

申込日 年 月 日

| | | | | | |
|---------------|------|--|------------------------|----------------|----|
| 利用者 (本人) | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| | 氏名 | | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日 | 歳 |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 () | | |
| 申込者 (連絡窓口) | フリガナ | | 性別 | 年齢 | 続柄 |
| | 氏名 | | 男・女 | 歳 | |
| | 住所 | 〒 | 自宅Tel () 携帯Tel () | | |
| 請求書送付先 | | 送付先 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

| | | | | | |
|----------|------|--|---------|---------|----------------|
| 保険 情報 | 介護保険 | 要介護 1・2・3・4・5 初回申請中・区分変更中 | | | 負担割合証 1割・2割・3割 |
| | | 認定有効期間 | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 |
| | 健康保険 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| | | 生活保護の場合 | 担当: | 連絡先 () | |

| | | | | | | |
|-----------|---|----------|---|-------|-------------------------|-------|
| 現在の 状況 | 主な収入 | | <input type="checkbox"/> 年金 (万円/月) <input type="checkbox"/> その他 (万円/月) | | 介護保険負担減額証: () 段階・申請中・無 | |
| | <input type="checkbox"/> 在宅 | かかりつけ医 | 病院名 | | | |
| | | | 診療科 | 科 | 主治医 | |
| | | 利用中のサービス | <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| | | ケアマネジャー | 担当者: | 事業所名: | | |
| | <input type="checkbox"/> 入院中 | 病院名 | 病院 | 病棟 | 入院日 | 年 月 日 |
| | | 病名 | | | | 相談員 |
| | <input type="checkbox"/> 施設入所中 | 施設名 | | | | |
| 入所日 | | 年 月 日 | | 支援相談員 | | |
| 関係機関 | 地域包括 () ・ その他機関 () | | | 担当者 | | |
| 制度の利用 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> ペースメーカー手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 () 級 | | | | | |

| | | | | |
|---------|----|---------|------|-----------------|
| 既往 歴 | 病名 | 入院・通院時期 | 医療機関 | <経歴> *出生・職歴・趣味等 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|-----------------|--|
| 在宅復帰に関するご本人の意思 | <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 乏しい <input type="checkbox"/> 意思確認困難 |
| ご家族の意向 | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 特別養護老人ホームへの申込み: | 未・済 |
| 申込施設名 | |