

ケアセンターこうせい 入所 短期入所 通所申込用紙

紹介者			当施設を知った きっかけ			
利用者	住所	〒				
	氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (満 才)	TEL
代理人	住所	〒				
	氏名	フリガナ	続柄	TEL① TEL②		
医療保険等	後期高齢 ・ 国民保険 ・ 生保 ・ その他()				身障手帳	有・無
介護保険	経過的要介護/要支援1・2			限度額認定証	福祉医療	有・無
	要介護 1・2・3・4・5/その他()			有(第 段階)	年金	有・無
●利用者さんの現在の所在			●家族構成(主に同居の方をご記入下さい)			
1. 自宅(老夫婦のみ/独居/子供と同居)			氏名	続柄	年齢	介護者
2. 兄弟または親戚の家に同居						
3. 介護老人保健施設 (名称)						
4. 入院中 (病院名等)						
5. その他 []						
●これまでにかかった病気			●利用希望理由			
認知症	あり	()	1. 生活リハビリ 2. 日中の介護者不在			
結核	あり	()	3. 介護疲れ軽減 4. 住宅改造、改築			
糖尿病	あり	()	5. その他			
喘息	あり	()	[]			
高血圧	あり	()	●その他、当施設に対する意見・希望等			
心臓病	あり	()				
脳梗塞	あり	()	●嗜好			
脳血管障害	あり	()	喫煙の習慣 有・無/飲酒の習慣 有・無			
肝臓病	あり	()	趣味 ()			
腎臓病	あり	()	好きな食べ物 ()			
白内障	あり	()				
緑内障	あり	()				
ガン	あり	()				
その他 []						
●これまでに受けた手術 有・無			●申込用紙記入者			
どこの手術			氏名 _____ 続柄 _____			
いつ頃						

施設記入欄	診断書等	受付者
相談日 年 月 日	受付日 年 月 日	