

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

入所申込書

施設長 様

特別養護老人ホーム 恵福園 恵福園なかつ 恵福園ほくぶ

申込者(連絡先)

住 所	
(ふりがな)	
氏 名	(入所希望者との続柄)
電話番号	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者	(ふりがな)	性 別	男・女																
氏 名		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(歳)											
現住所	〒																		
	電話番号 ()																		
介護保険	被保険者番号																		保険者名
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1			<input type="checkbox"/> 要介護2			<input type="checkbox"/> 要介護3			<input type="checkbox"/> 要介護4			<input type="checkbox"/> 要介護5					
	認定期間	年 月 日			～			年 月 日											
健康保険	(種別・記号番号)																		
年金等	(種別)																		
障害者	手帳の種類 (障害名:)																		
手帳等	判定 級(度) 年 月 日																		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居)																		
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 (年 月 日～)																		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()																		
	現在治療中の病気																		
	病 名		入院・通院医療機関名					期 間											
								年 月 日～											
								年 月 日～											
								年 月 日～											
既往症																			
病 名		入院・通院医療機関名					期 間												
							年 月 日～ 年 月 日												
							年 月 日～ 年 月 日												
							年 月 日～ 年 月 日												
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい																		
	<input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい																		
	※他施設の入所申込み状況 <input type="checkbox"/> へのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____																		

備考:介護保険証の写しを添付してください。

