

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

入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム

施設長 様

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 氏 名	(ふりがな)	性 別	男 ・ 女		
		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。

