

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まちだ園 施設長 様

申込者(連絡先)

住 所	〒
(フリガナ) 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	(フリガナ)	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 等	手帳の種類 _____ (障害名: _____) 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(人口肛門) <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			

