

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	〒		
介護保険	被保険者番号		電話番号 ()
	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	

