

介護老人保健施設 こうのすナーシングホーム共生園
利用申込書

申込日	平成 年 月 日
担当	

利用者	フリガナ 氏名		生年月日	M・T・S	年 月 日
		様	年齢	歳	性別 男・女
	住所	〒 電話番号 ()			
申込者	フリガナ 氏名			続柄	
		様			
	住所	〒 電話番号 ()			
	緊急連絡先	電話番号 () 携帯 ()			
(利用目的理由)	1. 介護不足 2. 在宅生活困難 3. リハビリ 4. 病後の療養 5. その他:				
介護保険状況	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (申請中・更新中・区変中)			
	申請日	平成 年 月 日			
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	被保険者番号				
関係機関	居宅介護支援事業所				
	介護支援専門員				
	かかりつけ医				
現在の状況	入院	病院名() 病名() 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日(まで・予定)			
	施設	施設名() 入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日(まで・予定)			
	在宅	利用中のサービス()			
	その他	病気・疾患等			
利用希望	1. 入所 2. ショートステイ 3. デイケア				
1. の入所の場合の希望の居室	1. 特別室 2. 一般室 3. どちらでもよい				
1. の入所希望の場合、退所後の方針	1. 自宅 2. 介護老人保健施設 3. 介護老人福祉施設(申請 未・済) 申請施設名() 申請年月日【 年 月 日】				
家族等構成図 男…□ 女…○ 夫婦…= 死亡…■ ● 家族………で囲む	備考				