

介護老人保健施設 のぞみ

通所・短期・入所

申請書

記入例

受付年月日		年 月 日 ()		受付担当者			
利用 者	氏名	川口 太郎		(男)・女	M・T(S)	15年 1月 20日生	81歳
	住所	〒414-0001 伊東市宇佐美2405-2				TEL 0557 (48) 〇〇××	
身元 引受 人	氏名	川口 秋夫			利用者との続柄	長男	
	住所	〒414-0001 伊東市宇佐美2405-2				TEL 0557 (48) 〇〇××	
利用 事業	①. 施設サービス 2. 短期入所療養介護 3. 通所リハビリテーション						
	希望理由	*自由にご記入ください。					
利用前の状況		①. 家庭 2. 施設 (名称) 3. 病院 (名称)					
家族 の 状 況	氏 名	年齢	続柄	職業	主介護者	備 考 (連絡可能な時間帯等)	
	川口 花子	79	妻	無職	○	大抵在宅。	
	秋夫	56	長男	会社員			
	春美	55	長男妻	パート	○	15:00~連絡可能。	
	冬樹	20	孫	学生			
						*同居の御家族様をご記入下さい。	
						独居の方は上段を1段空けご記入下さい。	
緊急 連 絡 先	氏名又は名称	1 川口 秋夫 (続柄 長男)			2 川口 春美 (続柄 長男妻)		
	住所地又は所在地	同 上 必ずつながる番号をご記入下さい。			同 上 必ずつながる番号をご記入下さい。		
	TEL	自宅 0557-48-0658			携帯 090-〇〇〇〇-△△△△		
入 院 歴	R3年 3月 20日 ~ R3年 4月 3日					医療機関名 〇〇病院	
	年 月 日 ~ 年 月 日					医療機関名	
*過去1年間の間に入院された場合にご記入下さい。							
介 護 保 険 証	介護度	要支援 ・ 要介護 ④ ・ 5					
	有効期間	R3年 4月 1日~ R6年 3月 31日				認定日	令和 3年 3月 5日
	居宅介護支援事業所	伊東ケアサービスセンター			担当介護支援専門員	伊東 夏美	
	主 治 医	川口病院			医師氏名	伊東 次郎	
身体障害者手帳		有 ・ (無) 種 級 年 月 日取得					
備 考	サービスに対するご要望等ございましたらご記入下さい *ご自由にご記入下さい。 *これはあくまで見本です。ご不明な点等ございましたらご連絡ください。 介護老人保健施設 のぞみ TEL 0557 (48) 0658						

