

成田老年医療福祉センター(特養・老健) 入所申込書

申込年月日	年 月 日					
入所希望者	希望施設	特別養護老人ホーム(□ユニット型個室・□多床室・□個室)	介護老人保健施設(□多床室・□個室)			
	フリガナ	□ 大正 □ 昭和 □ 平成				
	氏名	年 月 日 (歳)	性別 □ 男 □ 女			
	住所	〒 (-)	連絡先 - -			
	介護保険情報	介護認定	□ 済 □ 申請(更新・変更)中	要介護度 □1 □2 □3 □4 □5		
		保険者名	(市町村または特別区)	被保険者番号		
		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
		介護負担割合証	□1割 □2割 □3割	限度額認定証 □1段階 □2段階 □3段階① □3段階② □4段階		
	必要な医療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> その他()				
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・有床診療所 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他()				
年 月頃より入所(利用)中		病院・事業所・施設名				
担当者名(職種)		連絡先	- -			
			備考			
家族・申込者	フリガナ	歳	続柄	連絡先	自宅: - -	
	氏名	歳	()	連絡先	携帯: - -	
	住所	〒 (-)		就労状況	<input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 就労なし	
	その他(親族・協力者)	フリガナ	歳	続柄	家族構成 ※職員記入	
		住所	〒 -			
申込施設状況	施設名 1	申込 □ 済 (申込時期 年 月頃) □ 予定				
	施設名 2	申込 □ 済 (申込時期 年 月頃) □ 予定				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい					