

(別紙1)

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 遊生の町 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・大・昭 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	燕市・他()市町村
	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	平成 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
健康保険	(種別) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他 (記号番号)		
年金等	(種別)		
障がい者 手帳等	手帳の種類	(障がい名:)	
	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(人工肛門) <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~
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	
		年 月 日~ 年 月 日	
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい ※他施設の入所申込み状況 <input type="checkbox"/> 「遊生の町」にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名)		
担当介護 支援専門員	氏名	連絡先	
	事業所名		

