

介護老人保健施設快老苑金ヶ崎 申込書

通所リハビリ

短期入所

入所

記入日:令和 年 月 日

記入者

利用者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日生まれ (満 歳)		
	氏名			<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	〒 ー					
	TEL	()					
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()					
	現在のかかりつけ医	病院 医師					
	病名・既往歴 (わかれば)						
	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワーカー名) <input type="checkbox"/> その他					
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級(障害名:))					
精神障害者健康保険手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級)						
介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 第一段階 <input type="checkbox"/> 第二段階 <input type="checkbox"/> 第三段階)						
年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 円/月 <input type="checkbox"/> 厚生年金 円/月 <input type="checkbox"/> その他 円/月						
介護保険	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中	被保険者番号				
			認定日	年 月 日	<small>(※区分変更中の場合は申請日を記入)</small>		
			有効期間	年 月 日～ 年 月 日迄			
居宅介護支援事業所名			担当 ケアマネ				
TEL	()	Fax	()				

申し込み者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	続柄	職業	生年月日
	氏名						
	住所	〒 ー					
	TEL	()	携帯				

協力者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	続柄	職業	生年月日
	氏名						
	住所	〒 ー					
	TEL	()	携帯				

協力者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	続柄	職業	生年月日
	氏名						
	住所	〒 ー					
	TEL	()	携帯				

協力者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	続柄	職業	生年月日
	氏名						
	住所	〒 ー					
	TEL	()	携帯				

既往歴・生活歴等