

老人保健施設せのがわ利用申込書

申込年月日 年 月 日

申込者

利用者との続柄 ()

電話番号 () -

ふりがな				
利用者氏名	男 女	明治 大正 昭和	年 月 日	()歳
住所	〒 TEL ()			
介護保険	要介護 1・2・3・4・5・申請中・未申請			
	居宅介護支援事業所 ()		担当ケアマネ ()	
	負担割合 (1割・2割・3割)		負担限度額 (1段階・2段階・3段階・4段階)	
原爆手帳	(有・無)			
申込理由				
ご本人様の現在の状況	<input type="checkbox"/> 御自宅にて生活 (主な介護者 続柄)			
	<input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名: 入院期間 ~)			
	<input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名: 入所期間 ~)			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
ご本人様の受診状況	現在医者に <input type="checkbox"/> かかっている (通院・入院・訪問診察) <input type="checkbox"/> かかっていない			
	病名		主治医・病院名	
利用希望期間	カ月		他施設への申込 有・無	
			特別養護老人ホーム その他 ()	
家族状況	氏名	続柄	年齢	住所
連絡先				
入所希望日	年 月 日			

申込受付日	年 月 日	入所日	年 月 日
-------	-------	-----	-------