

利用申込書(ショートステイ用)

利用者ID(患者番号)

介護老人保健施設 山県グリーンポート施設長 殿
下記のとおり、申し込みをいたします。

--	--	--	--	--	--

	平成	年	月	日	申込	受付No.		担当	
利用希望者	ふりがな				男	明治 大正 昭和			
	氏名				女	年	月	日生 ()	歳
緊急連絡先(優先順)	現住所	〒 - 電話() -							
	ふりがな				続柄	住所			
	第1氏名					自宅()	-	終日・昼間・夜間	
						携帯()	-	終日・昼間・夜間	
						勤務先名			
						電話() -			
	ふりがな				続柄	住所			
	第2氏名					自宅()	-	終日・昼間・夜間	
						携帯()	-	終日・昼間・夜間	
						勤務先名			
					電話() -				
ふりがな				続柄	住所				
第3氏名					自宅()	-	終日・昼間・夜間		
					携帯()	-	終日・昼間・夜間		
					勤務先名				
					電話() -				
家族構成	氏名	続柄	年齢	同居・別居	氏名	続柄	年齢	同居・別居	
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
医療について	現病名								
	発症年月日	既往歴							
	医療処置	<input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> じょくそう(床ずれ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 感染症(MRSA ・ 疥癬 ・ 結核) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他() かかりつけ医療機関 () TEL () -							
保険情報	介護保険	被保険者番号				負担割合	1・2割	負担限度	該当・非該当
		要介護度	申支1 支2 1 2 3 4 5						
		有効期限	年	月	日	医療保険	(健保・共済・国保・後期高齢) 記号・番号		
	障害手帳	(有・無)・()級	()種						
居宅介護支援事業者	ケアマネジャー	TEL () -							

■ 本申込書にご記入いただいた個人情報は、当施設にて厳重に管理を行います。