

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。

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

令	和	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	様				女	年 月 日生 ()歳			
	現住所	〒 —				電話 () —				
緊急連絡先(優先順)	ふりがな					続柄	住所			
	第1						自 宅 () — 終日・昼間・夜間 携 帯 () — 終日・昼間・夜間			
	氏名						勤務先名 電 話 () —			
	ふりがな					続柄	住所			
	第2						自 宅 () — 終日・昼間・夜間 携 帯 () — 終日・昼間・夜間			
	氏名						勤務先名 電 話 () —			
	ふりがな					続柄	住所			
	第3						自 宅 () — 終日・昼間・夜間 携 帯 () — 終日・昼間・夜間			
	氏名						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	
					☐ 同 ☐ 別				☐ 同 ☐ 別	
					☐ 同 ☐ 別				☐ 同 ☐ 別	
				☐ 同 ☐ 別				☐ 同 ☐ 別		
医療について	現病名									
	発症年月日	既往歴								
	医療処置	☐ 服薬 ☐ バルンカテーテル ☐ 経管栄養(鼻腔 ・ 胃ろう) ☐ インシュリン注射 ☐ 人工肛門 ☐ 酸素療法 ☐ 吸引 ☐ じょくそう(床ずれ) ☐ 気管切開 ☐ 感染症(MRSA ・ 疥癬 ・ 結核) ☐ 点滴 ☐ 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・3 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								
	障害手帳	(有・無)・()級 ()種				医療保険	(健保 ・ 共済 ・ 国保 ・ 後期高齢) 記号・番号			
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。