

(別紙1)

| | | | |
|-----|-------|-----|-------|
| 申込日 | 年 月 日 | 受付日 | 年 月 日 |
|-----|-------|-----|-------|

にいだの里 入所申込書

特別養護老人ホームにいだの里 施設長 様

申込者(連絡先)

| | |
|------|-------------|
| 住所 | 〒 |
| 氏名 | (フリガナ) |
| | (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 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者 (市町村名) |
| | 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 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険 | (種別・記号番号) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年金等 | (種別) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者 手帳等 | 手帳の種類 _____ (障害名: _____) 判定 _____ 級(度) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現況 | <input type="checkbox"/> 自宅(独居・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(経鼻・胃ろう) <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~ | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 年 月 日~ | | | | | | | | | | |
| 既往歴 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | 入院・通院医療機関名 | | | | | 期間 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 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"/> にいだの里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) _____ _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |

