

吹田市介護老人保健施設 入所利用申込書

の項目は、あらかじめご記入のうえ、ご持参ください。

受付番号 _____

入所 希望者	ふりがな	-----		男	生年 月日	大正 昭和	年	月	日生	
	氏名	-----		女						()歳
	住所	〒				電話番号	()			
	要介護度	要介護 1 2 3 4 5 ・ 申請中 (新規 更新) ・ 区分変更 (月 日)								
	担当介護支援 事業者名					担当者名				
	主治医 (かかりつけ医)	①		(主病名)						
	②		(主病名)							

申込者	ふりがな	-----		男	続柄				
	氏名	-----		女					
	住所	〒				電話 (自宅)	()		
					電話 (携帯)	()			

その他 連絡先	ふりがな 氏名	-----	続柄		電話	()			
	ふりがな 氏名	-----	続柄		電話	()			
	ふりがな 氏名	-----	続柄		電話	()			

家 族 図

希望事項	入所希望時期	できるだけ早く

		平成 年 月 頃
	希望する部屋	(1人 ・ 2人 ・ 4人) 部屋
	その他	

現在の居場所	自宅 ・ 施設 ・ 医療機関 ・ その他 H . . . ~ (担当CW)
利用目的	リハビリ ・ 負担軽減 ・ その他
利用後の予定	在宅 ・ 施設 ・ その他 ()
特養申込状況	無 ・ 有 ()

現在の状況、申込経緯、認知度など	
・現在の状況	
・申込経緯（入院以前の状況など）	
・認知症について	
・その他	

受付年月日	平成 年 月 日	担当職員	
健康診断の 依頼状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の診断書 ・ 新規作成 予定医療機関名 () ・ 診療情報提供書（紹介状） ・ その他 () 		
その他 特記事項			

※ 利用判定	平成 年 月 日 (可 ・ 否)
--------	--------------------