

利用希望申込書

申込みはこの申込書と診療情報提供書(当苑書式)
入院・入所してらっしゃる方は看護サマリーが必要です。

平成 年 月 日
担当

| | | | | |
|---|---|-----------|---|-----------------|
| フリガナ | | | | 明・大・昭 |
| 利用希望者氏名 | | | | 年 月 日生 男・女 歳 |
| 現住所 | 〒 | | | TEL. |
| 連絡先 1 (申込者) | 氏名 | 本人との続柄() | | |
| | 住所 | 〒 | TEL. | |
| | | 勤務先 | TEL. | |
| 連絡先 2 上記にて連絡できなかった場合の連絡先を何人でもお書き下さい。 | 氏名 | 本人との続柄() | | |
| | 住所 | 〒 | TEL. | |
| | | 勤務先 | TEL. | |
| 介護認定 | 要介護度 | 被保険者番号 | | |
| 有効期限 | 年 月 日～ 年 月 日 | 負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 | |
| 負担限度認定 | I . II . III . IV | 生活保護 | <input type="checkbox"/> 有 | |
| サービス内容 | <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 再入所 | | | |
| 希望部屋 | <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> ユニット <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 | | | |
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 自宅() | | <input type="checkbox"/> 病院() | |
| | <input type="checkbox"/> 施設() | | <input type="checkbox"/> その他() | |
| 退所後の予定 | <input type="checkbox"/> 自宅() | | <input type="checkbox"/> その他() | |
| 備考 | | | | |