

# 医療法人亀岡病院 介護医療院はたごまち 利用申込書

記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

記入者: \_\_\_\_\_

利用者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治					
	氏名			<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日	生まれ 歳	
	住所									
	TEL				FAX					
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅								
		<input type="checkbox"/> 病院 ( _____ 病院)(入院日 ____年 ____月 ____日)								
		<input type="checkbox"/> 老健 ( _____ )(入所日 ____年 ____月 ____日)								
		<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )(入所日 ____年 ____月 ____日)								
	現在のかかりつけ医	_____ 病院 医師名 _____								
	病名・既往歴・ 使用中の薬剤									
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワーカー名 _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)								
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ____種 ____級 障害名: _____)								
精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ____級)									
介護保健 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階) 年金額 _____円/月									
介護 保険	要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	負担割合 <input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 2割・ <input type="checkbox"/> 3割		被保険者番号						
				認定日		____年 ____月 ____日 (区分変更中の場合はその申請日を記入)				
				<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		有効期間		____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日		
身元 引受人	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	年齢	続柄	職業			
	氏名			<input type="checkbox"/> 女						
	住所									
	TEL				携帯					
事業所名					担当ケアマネ					
TEL					FAX					

利用者名

様

利用希望内容	短期利用	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他
		希望期間	<input type="checkbox"/> ___ / ___ ~ ___ / ___ ( ___ 日間) <input type="checkbox"/> いつでもよい( ___ 日間)
		定期利用希望	<input type="checkbox"/> 定期的に利用希望 ( ___ ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望
	入所	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活継続困難 <input type="checkbox"/> その他
		今後の方向性	<input type="checkbox"/> 医療院での生活の継続 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設への申し込み
		現在申請中の施設	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
希望理由・介護上の問題点・施設への要望など(できるだけ具体的に)			
<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

家族構成と連絡先		続柄	年齢	電話番号		家族構成 ( <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 同居者を囲む)
				自宅		
				携帯		
				自宅		
				携帯		
				自宅		
			携帯			

1週間ごとの利用サービス(在宅サービスご利用中の方のみ記入して下さい)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							