

癒しの里西小松川

短期入所生活介護事業利用申込書

☆継続利用の方は前回利用時と記載事項に変更がない場合は、太線の中のみご記入下さい。

| | | | |
|-----|-------------|----------------------|--------------|
| 届出者 | 指定居宅介護支援事業者 | <input type="text"/> | 本人 家族 その他() |
| | 名称 | | TEL |
| | 氏名 | | FAX |

| 区分 | 新規利用・継続利用 | | 申込日 | 年 | 月 | 日 |
|--------|--|-----|------|-------|----|-----|
| 利用される方 | ふりがな 氏名 | 性別 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 日 |
| | 住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> | 男・女 | 電話番号 | () | | |
| | 区 | 丁目 | 番 | 号 | 方書 | |

| | | | |
|-------|-------|-----|-----|
| 連絡先氏名 | (続柄) | TEL | () |
|-------|-------|-----|-----|

| | | | |
|------------|----------------------|------|----------|
| 被保険者 番号 | <input type="text"/> | 保険者名 | 生活保護 有 無 |
|------------|----------------------|------|----------|

| | |
|---------|-------------------------------|
| 要介護状態区分 | 要支援 (1・2)、要介護 (1・2・3・4・5) |
| 有効期間 | 年 月 日 から 年 月 日 |

| | |
|------------------------|---------|
| ふりがな 主治医氏名 医療機関名 | 診断名(病名) |
|------------------------|---------|

| | | | | |
|-------|-----------|---------|----|----|
| 利用希望日 | 月 日(曜日)から | 月 日(曜日) | 合計 | 日間 |
| 利用希望日 | 月 日(曜日)から | 月 日(曜日) | 合計 | 日間 |
| 利用希望日 | 月 日(曜日)から | 月 日(曜日) | 合計 | 日間 |
| 利用希望日 | 月 日(曜日)から | 月 日(曜日) | 合計 | 日間 |
| 利用希望日 | 月 日(曜日)から | 月 日(曜日) | 合計 | 日間 |

| | |
|-----------------|---------------|
| 施設への情報提供 | |
| 服薬等の有無 | 無・医師の処方箋・市販の薬 |
| おむつ使用の有無 | 有 ・ 無 |
| 認知症状態の有無 | 有 ・ 無 |