

玉串すみれ苑 入所・短期入所 申込書

記入日 年 月 日

利用者	ふりがな		男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳		
	氏名		女				
	住所	〒 -			TEL - -		
希望居室	<input type="checkbox"/> 入所 (個室トイレあり・個室トイレなし・多床室) <input type="checkbox"/> 短期入所 (空床利用)						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 病院名 () <input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名 ()						
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 () 割 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 () 割 <input type="checkbox"/> ()						
社会保障	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級) <input type="checkbox"/> 後期高齢者限度額適用・標準負担額減額認定証 区分 () なし						
介護保険	要支援・要介護 () ・申請中 負担限度額認定証 第 () 段階 ・申請中 有効期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日 負担割合証 () 割						
かかりつけ医	医療機関名称 TEL						
居宅介護支援事業所	事業所名 担当ケアマネジャー TEL						
家族 ①	ふりがな		年齢	続柄	連絡先	携帯・自宅・職場 ()	
	氏名					- -	
	住所	〒 -	職業			携帯・自宅・職場 ()	
					- -		
家族 ②	ふりがな		年齢	続柄	連絡先	携帯・自宅・職場 ()	
	氏名					- -	
	住所	〒 -	職業			携帯・自宅・職場 ()	
					- -		
家族 ③	ふりがな		年齢	続柄	連絡先	携帯・自宅・職場 ()	
	氏名					- -	
	住所	〒 -	職業			携帯・自宅・職場 ()	
					- -		
施設記入欄	家族構成				住宅状況		
					<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ①利用の意向 () ②入所期間 () ③在宅復帰 ()		

玉串すみれ苑 通所リハビリテーション 申込書

記入日 年 月 日

利用者	ふりがな			男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	歳
	氏名									
	住所	〒 -				TEL	-	-		
希望サービス	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月・火・水・木・金)									
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 病院名 () <input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名 ()									
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 () 割 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 () 割 ()									
社会保障	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級) <input type="checkbox"/> 後期高齢者限度額適用・標準負担額減額認定証 区分 () なし									
介護保険	要支援・要介護 ()・申請中 負担限度額認定証 第()段階・申請中 有効期間R 年 月 日 ~ R 年 月 日 負担割合証 ()割									
かかりつけ医	医療機関名称					TEL				
居宅介護支援事業所	事業所名 担当ケアマネジャー					TEL				
家族①	ふりがな			年齢	続柄	連絡先	携帯・自宅・職場 ()			
	氏名						- -			
	住所	〒 -	職業				携帯・自宅・職場 ()			
家族②	ふりがな			年齢	続柄	連絡先	携帯・自宅・職場 ()			
	氏名						- -			
	住所	〒 -	職業				携帯・自宅・職場 ()			
家族③	ふりがな			年齢	続柄	連絡先	携帯・自宅・職場 ()			
	氏名						- -			
	住所	〒 -	職業				携帯・自宅・職場 ()			
家族構成	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="radio"/> 本人 <input type="checkbox"/> 死亡 					住宅状況 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> エレベーター (有・無)				

医療法人 越宗会 介護老人保健施設

玉串すみれ苑

〒578-0934 東大阪市玉串町西3丁目2-3

TEL 072-966-2000 FAX 072-966-2552