

介護老人保健施設 菜の花 ご利用申込書

平成 年 月 日

ご利用者	ふりがな 氏名 男・女 住所 〒 電話	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)	
お申込者	ふりがな 氏名 住所 〒 電話 携帯	続柄 電話 携帯	
保険証種類	国民健康保険 社会保険 後期高齢者医療証 その他 介護保険証 要介護度 (支1・2・3・4・5) 保険負担限度額認定証 身体障害手帳 被爆者手帳		
ご利用希望	1. 入所 (個室 ・ 二人部屋 ・ 四人部屋) 2. ショートステイ 月 日 () ~ 月 日 3. 通所リハビリ (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土) 送迎 (有 ・ 無) 入浴 (有 ・ 無) 個別リハビリ (有 ・ 無)		
現在の様子	1. 在宅 主治医 () 通院中 治療無 電話 居宅介護支援事業所 名称 () 担当CM () 電話 2. 入院中 病院名 () 電話 3. 施設利用中 施設名 () 電話 4. 現在の処方 処方箋 (情報提供書参照) 5. 上下肢の機能障害 有 ・ 無 部位 ()		
緊急ご連絡先	1 ふりがな 続柄 () 氏名 住所 〒 電話 携帯 2 ふりがな 続柄 () 氏名 住所 〒 電話 携帯		
退所後のご予定 1. 自宅 2. 他施設入所 3. 入院 4. その他			