

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	生年月日			
	氏名	男・女	M・T・S	年	月 日 (歳)
お申込者	住所	〒			
	電話	— —			
保険証種類	ふりがな	続柄			
	氏名	電話 — —			
ご利用希望	住所	携帯 — —			
	国民健康保険 社会保険 後期高齢者医療証 その他				
現在のご様子	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				
	1. 入所 (個室 ・ 二人部屋 ・ 四人部屋)				
緊急ご連絡先	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)				
退所後のご予定	送迎 (有 ・ 無) 入浴 (有 ・ 無) 個別リハビリ (有 ・ 無)				
	1. 在宅 主治医 () 通院中 治療無				
緊急ご連絡先	電話 — —				
	居宅介護支援事業所 名称 ()				
緊急ご連絡先	担当CM ()				
	電話 — —				
緊急ご連絡先	2. 入院中 病院名 () 電話 — —				
	3. 施設利用中 施設名 () 電話 — —				
緊急ご連絡先	4. 現在の処方 処方箋				
	(情報提供書参照)				
緊急ご連絡先	5. 上下肢の機能障害 有 ・ 無 部位 ()				
	1 続柄 ()				
緊急ご連絡先	ふりがな				
	氏名				
緊急ご連絡先	住所				
	〒				
緊急ご連絡先	電話 — —				
	携帯 — —				
緊急ご連絡先	2 続柄 ()				
	ふりがな				
緊急ご連絡先	氏名				
	住所				
緊急ご連絡先	〒				
	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					