

# 入所通所申込書

年 月 日

介護老人保健施設 健勝園九条		申請者	氏名		
			連絡先		
利用者	フリガナ		身長	体重	生年月日
	氏名	男・女	cm	kg	年 月 日( 歳)
	住所	〒		電 話	
	介護度			認定の有効期限 年 月 日～ 年 月 日	
	健 保	国保・後期高齢・社保・生活保護		介護保険標準負担額減額認定証 あり、なし	
ご希望のお部屋		<input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> どちらでも良い			
近親者知人等	氏 名	続柄	住所又は連絡先	電 話	順
生活面	生まれから現在の場所の流れ (大体で大丈夫です。)		(例)熊本で昭和10年に生まれ昭和30年に結婚して大阪に引っ越し現在に至る。		
	仕事	歳迄	兄弟姉妹関係		
	趣味	結婚、子供の状況			
	備考欄(注意する事等)				
医療面	現在の医療機関名		医師名		
	所在地		TEL		
	かかりつけ医		緊急搬送先病院		
	感染症 アレルギー等	血液型( )HBs抗原( )・HCV抗体( )・梅毒検査( ) 薬剤禁忌 無・有( ) ワクチン接種( )			
	病 歴 手術(いつどこで)	(例)H2年8/2 右大腿骨頸部骨折 H2年8/3 人工骨頭挿入術(〇〇病院)			
精 神 面	答えられる事に○ 自分の名前、生年月日年齢、自分がいる場所、季節、家族の顔、名前 (あてはまるもの) 物忘れ(少し、ひどい)、やる気がない、物を集める、昼夜逆転 被害妄想( )不潔行為( ) 幻覚が見える、大声を出す、怒鳴る、暴力をふるう				
備 考	居宅介護支援事業所				
	介護支援専門員		連絡先		
	受けている介護保険サービス				

