

京都府介護老人保健施設 共通申込書

- ・入居
- ・短期入所
- ・デイケア
- ・訪問リハビリ

施設名
ケアコミュニティ淀 御中
 記入日：平成 年 月 日
 記入者：

(当てはまるものに○を記入)

利用者	フリガナ			男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日 生まれ (満 歳)		
	氏名	様						
	住所	〒 -						
	TEL							
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(病院) <input type="checkbox"/> 老健() <input type="checkbox"/> その他()						
	現在のかかりつけ医	病院		医師				
	病名・既往歴 (分かれれば)							
	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワーカー名) <input type="checkbox"/> その他()						
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級 (障害名:))						
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)						
	介護保険 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (・第1段階 ・第2段階 ・第3段階) 年金額 円/月						
	介護保険	・要介護 1・2・3 4・5 (○をつける)	・要支援 1・2 ・申請中 ・区分変更中	被保険者番号	-			
				認定日	平成 年 月 日 (※区分変更中の場合はその申請日を記入)			
				有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
居宅介護支援事業所名			担当ケアマネ					
TEL	() -		FAX	() -				

身元引受人	フリガナ			男 ・ 女	年齢	続柄	職業
	氏名						
	住所	〒 -					
	TEL	() -		携帯	() -		

※この共通申込書は、別紙の「日常生活動作（ADL）確認表」とセットになっています。