

# 介護医療院「えがおと虹の森 ふもと」利用申込書

記入日

令和 年 月 日

(利用者情報)

フリガナ 利用者名		男 女	M・T・S	年	月	日	歳
住 所	〒			電話番号			
				血液型 A B AB O + -			
利用申込みの理由および入所後の意向							

(申込み者)

住 所	〒	同居の有無	有・無
フリガナ 申込者		年齢	続柄
		電話番号および連絡優先順位	
			順位

(家族・親族状況)

同居者の 状況および 別居の家 族・親族	同居の有無	氏名	年齢	続柄	電話番号および連絡優先順位	順位	
	同・別						
	同・別						
	同・別						
	同・別						
	同・別						

上記の太枠を記入願います

主治医 ( ) 先生) 主介護者 ( )

＜施設面談者記載項目＞	
退所後予定	自宅 ・ 施設 入所目的 特養待機・在宅・看取り
希望居室	個室 多床室 どちらでも 状況により個室も可
負担限度額	有 ・ 無 負担割合証 : 1. 2. 3.
医療情報	入院先名 (労災・上越・センター・県立中央・さいがた・柿崎・知命堂・その他) 入院日 令和 年 月 日～ 退院許可の有・無
介護情報	入所施設名 ( ) 入所日 H・R 年 月 日～
在宅サービス利用状況	在宅サービス利用状況：有 ( ) 無 介護支援専門員 いる ( 事業所 担当者 ) いない
介護保険	介護保険被保険者番号 0000 被保険者証確認の有・無 介護度 1 2 3 4 5 認定日 令和 年 月 日 認定有効期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 新規申請中・変更中 (平成 年 月 日) 認定調査 未・済
他施設申込	老健 特養
紹介者	面談者 日付