

# 介護老人保健施設いとうの杜 入所申込書

・申込日 令和 年 月 日（来所・電話） ・入所希望時期 年 月 頃

支援  
相談印

利用者希望者	氏名	フリガナ	男・女	明治 大正 昭和	年 月 日	生まれ ( 歳)
	住所	〒				
	電話番号					
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> 施設 ( ) <input type="checkbox"/> 自宅 (担当ケアマネジャー: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
申込者（ご契約者様）	氏名	フリガナ	男・女	年齢	続柄	健康状態
	住所	〒				
	電話番号	自宅 ( - - ) 携帯 ( - - )				
	E-mail	@				
	勤務先		電話番号			
	氏名	フリガナ	男・女	年齢	続柄	健康状態
	住所	〒				
	電話番号	自宅 ( - - ) 携帯 ( - - )				
	E-mail	@				
	勤務先		電話番号			
	氏名	フリガナ	男・女	年齢	続柄	健康状態
	住所	〒				
電話番号	自宅 ( - - ) 携帯 ( - - )					
E-mail	@					
勤務先		電話番号				
希望する部屋	一般フロア…個室・2床室・4床室 ※多床室満床の場合、個室待機…可・不可 認知症フロア…個室・4床室 ※多床室満床の場合、個室待機…可・不可 特別フロア…個室・2床室 ※多床室満床の場合、個室待機…可・不可					
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅へ戻り生活をする（在宅復帰予定日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・グループホーム申込（済・月予定施設名 _____） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム申込 介護度3以上の方（済・月予定施設名 _____） <input type="checkbox"/> その他 ( )					
特記事項 ご家族希望欄	洗濯（家族・業者） 義歯名前入れ（可・不可） 肺炎球菌予防接種を希望（する・しない）					
施設使用欄	入所判定会議 受託・保留・否決（ 年 月 日）					