

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)					