

入所申込書

(記入日)

年

月

日

利用者	フリガナ				年 月 日 (満 歳)	
	氏名	(男・女)				
	住所	〒 _____ TEL : (_____)				
	介護保険 被保険者証	番号			要介護 (1・2・3・4・5)	
		認定年月日	年	月	日	
		認定の有効期間	年	月	日	年 月 日
	障害高齢者の自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他					
身障者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種 級障害名: _____) <input type="checkbox"/> 無					
申込者	フリガナ					
	氏名					
	住所	〒 _____ TEL ① (_____) ② (_____)				
入所申込理由						
緊急連絡順・氏名		続柄	住所	電話番号		
①			〒 _____	自宅 携帯		
②			〒 _____	自宅 携帯		
【傷病名】			【医療区分】			
1)			<input type="checkbox"/> 医療区分 3			
2)			<input type="checkbox"/> 医療区分 2			
3)			<input type="checkbox"/> 医療区分 1			
感染症：無・有 (_____) アレルギー：無・有 (_____)						
結核：無・有 (年月 _____) コロナウイルスワクチン接種：無・有 (年月 _____)						
処 方 内 容						
