



社会医療法人峰和会

介護老人保健施設 輝(きらり)入所申込書 申込日 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|---------|--------|------|--------|------|---------------------|-------------------|----|----|----|
| ふりがな | | | | | 性別 | 生年月日 | 明治 | 大正 | 昭和 |
| 利用者氏名 | | | | | | 年 | 月 | 日生 | 歳 |
| 住所 | 〒 | | | | 電話番号 | | | | |
| 連絡先① | 氏名 | | | | 利用者との 続柄 | 電話 | | | |
| | 住所 | | | | | 携帯 | | | |
| | e-mail | | | | | | | | |
| 身元引受人 | 氏名 | | | | 利用者との 続柄 | 電話 | | | |
| | 住所 | | | | | 携帯 | | | |
| | e-mail | | | | | | | | |
| 住所の状況 | 自家 | 公営住宅 | 借家 | アパート | その他() | | | | |
| 医療保険 | 社保 | 国保 | その他() | | | | | | |
| 介護保険 | 介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| | 認定期間 | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 | |
| 利用者負担段階 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階 | | | | | |
| 障害手帳 | 有(身障 | 療育 | 精神) | 種 | | | | | |
| | 級認定期間 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 主な病歴 | | | | | かかりつけの病院・医院、医師 | | | | |
| 現在の疾病 | | | | | 服薬 無 有(朝・昼・夜・晩・就寝前) | | | | |
| 「家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 性別 | 年齢 | 職業 | 現在利用しているサービス(施設名) | | | |
| | | | | | | ・訪問介護 ・短期入所() | | | |
| | | | | | | ・訪問看護 ・入院() | | | |
| | | | | | | ・訪問リハ ・施設() | | | |
| | | | | | | ・訪問入浴 ・その他 | | | |
| | | | | | | ・デイサービス | | | |
| | | | | | ・デイケア | | | | |