

周防大島町立介護老人保健施設 さざなみ苑
[一般・短期] 入所利用申込書

申込日： 年 月 日

利用希望者	氏名	ふりがな	性別	生年月日 大正 ・ 昭和											
			男・女	年 月 日生（ 歳）											
	住所	〒	電話番号	（ ） —											
自家・公営住宅・借家・アパート・その他（ ）		利用理由	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）												
介護保険		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	保険証番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
		認定日	年 月 日												
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで												
居室希望 無・有 : 個室 ・ 多床室（4人室）															
連絡先① <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 主介護者	氏名	続柄	電話番号												
	住所		（ ） —												
連絡先② <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 主介護者	氏名		（ ） —												
	住所		（ ） —												
家族状況				構成											
氏名	年齢	続柄	住所	キーパーソン（ ） 主介護者（ ）											
居宅介護支援事業所				キーパーソン（ ） 主介護者（ ）											
担当者		事業所名													
自宅付近の地区 <input type="checkbox"/> 別紙添付 <input type="checkbox"/> 省略															
現在利用しているサービス（施設名）															
<input type="checkbox"/> 訪問介護		<input type="checkbox"/> デイサービス		<input type="checkbox"/> 短期入所 施設名： _____											
<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> デイケア		<input type="checkbox"/> 入院 病医院名： _____											
<input type="checkbox"/> 訪問リハ				病名： _____ 病医院名： _____											
<input type="checkbox"/> 訪問入浴		<input type="checkbox"/> 施設		施設名： _____											
退所後の希望		<input type="checkbox"/> 在宅等復帰（家族同居、サービス付高齢者住宅、有料老人ホーム等を含む）			<input type="checkbox"/> 施設等への入所										

以下記入不要

受付年月日	年 月 日	入所者番号	可・否
-------	-------------	-------	-----