介護老人保健施設　しんあい　利用申込書

ご記入日	令和　　年　　月　　日		
ご利用者（フリガナ）			男 ・ 女
生年月日	明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日（　　才）		
ご　住　所			
電話番号	（　　）　　携帯		
現在の居所	□自宅　□施設（施設名　　） □病院（病院名　　）□その他（　　）		
希望のサービス	□介護老人保健施設入所　□短期入所療養介護		
申し込み理由			
お申込者（フリガナ）			男 ・ 女
ご利用者との続柄			
ご　住　所			
電話番号	（　　）　　携帯		
主　治　医	医　師　名	電話番号	
	医療機関名		
介護保険情報	被保険者番号（　　）保険者番号（　　）		
	要介護度	要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５）　申請中	
	認定期間	平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日	
利用者負担段階	有（　□第1段階　□第2段階　□第3段階　）　無		
身体障害者手帳	種　　級		
主な病歴	病　　名	発病年月	
入院・入所歴 （枠内に書けない場合は最近の月日をご記入下さい。）	病院名などの名称	期　間	
		～	
		～	
		～	
視力・聴力	視力（ 普通 ・ 弱視 ・ 全盲 ） 眼鏡（ 有 ・ 無 ） 聴力（ 普通 ・ 難聴 ） 補聴器（ 有 ・ 無 ）		
身長・体重	身長（　　）ｃｍ 体重（　　）ｋｇ		
食事制限	有　（内容　　）　無		
投　　薬	有　（内容　　）　無		

＊枠内に書けない場合は、別紙添付願います。
＊ご記入いただいた個人情報は利用申し込みに関する業務以外には使用いたしません。

社会医療法人　愛仁会