

No. _____

介護老人保健施設 千の風・川崎 利用申込書

介護老人保健施設

令和 年 月 日

千の風・川崎 施設長 様

申込者

(続柄)

(フリガナ) 入所者氏名		性別 男 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
現住所	〒 _____			
電話番号	() _____			
介護保険	被保険者番号	_____		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請・区変中 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで		
	居宅支援事業所	担当者名 _____		
生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 区 担当者名 _____)			
(フリガナ) 申込者氏名		続柄 ()	主介護者: 続柄:	
申込者住所	〒 _____			
電話番号	() _____	携帯電話	() _____	
申請理由	_____			
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 希望無			
現 状 (待機場所)	<input type="checkbox"/> 自宅にて (一人暮らし・夫婦のみ・家族と同居) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 () 年 月 日頃より入所中 <input type="checkbox"/> 医療機関 () 年 月 日頃より入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
退所後の 予定	<input type="checkbox"/> 在宅生活の継続 <input type="checkbox"/> 他の老健施設申込 未・済 (年 月頃 施設名) <input type="checkbox"/> 特養への入所申込 未・済 (年 月頃 施設名) <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療機関	病院・医院・クリニック 主治医 _____ 先生			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥創(床ずれ) <input type="checkbox"/> その他 () 疾患名 _____			
在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 短期入所(施設名 _____ 利用頻度 _____) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具(品名 _____)			

[家族構成]

□ 男性 ○ 女性



※年齢を記入して下さい

[生活歴]

出身地 _____

主介護者 _____

職歴 _____

趣味 _____

家屋状況 _____

[社会資源]

年金受給（有・無） 年金の種類（ ） 月額収入（ ）

生活保護受給（有・無） 担当役所等（区・市・町・村 ） 担当者（ ）

所得区分（第 段階） 金銭管理者（ ）

その他の収入（ ） 月額（ ）

[その他保険制度]

身体障害者手帳（有・無）（ 種 級 ）

障害名（ ）

特定疾患医療給付制度（有・無）

疾患名（ ）