

介護医療院七里 利用申込書

(入所・ショート・通所リハビリ)

申込日：令和 年 月 日

フリガナ			男	明治			
氏名	様		女	生年月日	大正 年 月 日 昭和 (満 歳)		
住所	〒						
電話	— —		携帯電話	— —			
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(病院) <input type="checkbox"/> 老健() <input type="checkbox"/> その他(
現在の かかりつけ医	病院		医師				
	住所:			電話:			
病名・既往歴							
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()						
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級障害名:)						
その他医療手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級障害名:)						
介護保険 負担限度額証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中(月 日) <input type="checkbox"/> 有 (第2段階 第3段階 第4段階)						
介護負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割						
介護 保険証	要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) 申請中(年 月 日まで) 区分変更中(申請日: 年 月 日)						
	被保険者番号:	認定日: 年 月 日	有効期間: 年 月 日~ 年 月 日				
居宅介護支援事業所名:			担当ケアマネ:				
住所:			電話: — —				
身元 引受人	フリガナ			男	年齢	続柄	職業
	氏名			女	歳		
	住所	〒					
	電話			携帯電話			

利 用 希 望 内 容	入所	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
		希望期間	<input type="checkbox"/> 約 ヶ月間 <input type="checkbox"/> 未定
		今後の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設への申し込み <input type="checkbox"/> 検討中
		現在申込中の施設	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その
		特記	
	短期入所療養介護	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続困難 <input type="checkbox"/> その他()
		希望期間	/ ~ / (約 日間)
			<input type="checkbox"/> いつでもよい (約 日間)
		定期利用希望	<input type="checkbox"/> 定期的に利用希望(ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望
	特記		
	通所リハビリ	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会交流
			<input type="checkbox"/> その他()
希望曜日		月 火 水 木 金	
特記			