



入所申請書

記入日 年 月 日

利用者	フリガナ 氏 名	男 女	生年月日	明治 年	大正 月	昭和 日 (歳)
住 所						
介護度	要支援・1・2・3・4・5・申請中	介護保険(番号)	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
申込者		続 柄		居住地 (県市区)		
現在の 状況	在 宅 (独居 ・ 同居)	かかり つけ医	病 院 ()			
	施 設 ()		病 院 ()			
	病 院 ()		病 院 ()			
緊急時指定病院	()					
入所理由	<input type="checkbox"/> リハビリ希望 <input type="checkbox"/> 家庭での身辺介護ができない <input type="checkbox"/> 認知症のため家庭での世話ができない <input type="checkbox"/> 世話する人がいない <input type="checkbox"/> その他			希望 部屋	<input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 認知症専門棟	
施設に対する 要望 (リハビリ等)						
退所後の意向	<input type="checkbox"/> 在 宅 <input type="checkbox"/> その他 ()					
家 族 状 況	氏名	続柄	同・別居	主	3世代まで記入ください	
			同・別	<input type="checkbox"/>		
			同・別	<input type="checkbox"/>		
			同・別	<input type="checkbox"/>	男性： <input type="checkbox"/>	
			同・別	<input type="checkbox"/>	女性： <input type="checkbox"/>	
緊 急 連 絡 先	①氏名：	①固定電話 ()		①携帯電話 ()		
	②氏名：	②固定電話 ()		②携帯電話 ()		
	③氏名：	③固定電話 ()		③携帯電話 ()		
留 意 点	※ アレルギー等や禁忌事項があればご記入下さい。					