

入所申込書

取扱注意

介護医療院ことぶき 院長 殿

申込日 年 月 日

(ふりがな)		性別	男 ・ 女
入所者氏名	様		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)		
住 所			
電話番号			
介護保険の認定	<input type="checkbox"/> 有【介護度(要介護1・2・3・4・5)】 【認定期間(年 月 日～ 年 月 日)】 <input type="checkbox"/> 無【申請中 ・ 未申請】		
現在の居場所	自宅 ・ 病院又は施設【病院・施設名 _____】		
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 子どもと同居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
かかりつけ医			
既往歴			
転倒歴	<input type="checkbox"/> 有【いつ頃： _____】【転倒場所： _____】 【転倒後どうなったか： _____】 <input type="checkbox"/> 無		
身元引受人	(ふりがな)		入所者との関係
	氏 名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)	
	住 所		
	電話番号	(自宅) _____ (勤務先) _____ (緊急連絡先) _____	
申込理由			

申込者氏名.....続柄.....
 連絡先.....

受付サイン