

# 介護老人保健施設幸成園 利用申込書

記入日 年 月 日

利用者本人	フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年齢
	氏名			明治 大正 年 月 日 昭和	歳
住所	〒		電話		
利用内容	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション				
	利用目的	<input type="checkbox"/> 病院からの家庭復帰 <input type="checkbox"/> 在宅介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 日常生活動作の改善 <input type="checkbox"/> 他施設入所待ち <input type="checkbox"/> その他 ( )			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 ( 一人暮らし    夫婦のみ    子供等と同居) <input type="checkbox"/> 入院中    年 月 から    病院名    病名 <input type="checkbox"/> 施設入所中    年 月 から    施設名 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
保険他	介護保険	要介護認定	要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5 新規申請中    区分変更中		
		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
		居宅介護支援事業所名			
		担当ケアマネジャー	電話		
	保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 社会保険 (本人/家族) <input type="checkbox"/> 国保 (本人/家族) <input type="checkbox"/> 生活保護			
	かかりつけ医療機関名		主治医名	先生	
退所後の意向	<input type="checkbox"/> 自宅に帰る <input type="checkbox"/> 施設を希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
利用にあたっての希望					
他の申込状況	施設名				
フリガナ			住所		
お申込者 (続柄)	( )		連絡先	( )	

大阪市城東区今福西3-1-16

介護老人保健施設幸成園

TEL 06-6939-1881    FAX 06-6939-4646

受付日 年 月 日