

介護老人保健施設セントポーリア 予約申込書 ( 長期・短期 )

利用希望者	フリガナ					男・女	〈生年月日〉			
	氏名						M・T・S	年	日	歳
	現住所	〒 —					TEL	— —		
介護保険証	被保険者番号									
	居宅介護事業所名					担当ケアマネ氏名				
	認定機関	平成 年 年 日～平成 年 年 日								
	要介護認定	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5								
<p>〈利用希望の動機・理由を記入して下さい。〉</p> <p>〈どのような状態になれば、在宅生活が可能ですか。〉</p>										
利用希望期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日									
退所後について	<input type="checkbox"/> 自宅に帰る ・ <input type="checkbox"/> 施設入所									
身元引受人	フリガナ					続柄	〈生年月日〉			
	氏名						M・T・S	年	日	歳
	現住所	〒 —					TEL	— —		
現在の状況	①自宅で生活 主な介護者 ( 続柄: ) ②入院中 病院名 ( ) 入院期間 ( ) ③施設入所中 施設名 ( ) 入所期間 ( )									
病院受診状況	<input type="checkbox"/> 現在受診している <input type="checkbox"/> 現在受診していない 病院(医院)名 ( )									
	主な病名									
	服薬 a無 b有									

注1 この申込書は入所を約束するものではありません。