

# 介護老人保健施設 リハビリケア湘南厚木 利用申込書

No. \_\_\_\_\_ 申込日 年 月 日 No.1

入所希望者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	MTS 年 月 日 ( 歳)
	住所/電話番号	〒 自宅 Tel ( )		

申込者 (連絡窓口)	フリガナ		性別	年齢	続柄
	氏名		男・女	才	
	住所/電話番号	〒 自宅 Tel ( ) 携帯 Tel ( )			

保険	介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中			
		認定有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日		
		ケアマネージャー	無・有 (事業所名: ) 氏名 ( )		
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 社会保険 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 生活保護の場合 担当: _____ 連絡先: _____			

現在の状況	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 ( 円/月) <input type="checkbox"/> その他収入有り <input type="checkbox"/> 年間収入 ( 円)			
	利用料の支払者 (請求書送付先)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	<input type="checkbox"/> 自宅で生活	住居の状況	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 社宅 (一戸建て・マンション・アパート) <input type="checkbox"/> 独居 ・同居 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 入院中	医療機関名	入院日	年 月 日 ~	
		病名			
	<input type="checkbox"/> 施設利用中	施設名	(一般棟・認知症棟)		
	入所日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 初利用 <input type="checkbox"/> 初利用でない ( 施設目)		

病状等	病状	現在治療中の疾患	(病名: ) (時期: ) (医療機関: ) (病名: ) (時期: ) (医療機関: ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   (病名: ) (時期: ) (医療機関: ) (病名: ) (時期: ) (医療機関: )		
		既往歴	(病名: ) (時期: ) (医療機関: ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   (病名: ) (時期: ) (医療機関: ) (病名: ) (時期: ) (医療機関: ) (病名: ) (時期: ) (医療機関: )		
		医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人口肛門 (ストマ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

