

入所申込書

取り扱い注意

小清水赤十字病院介護医療院 施設長 殿

申込日 年 月 日

(ふりがな)			
入所者氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)		
住所			
電話番号			
介護保険証の認定	<input type="checkbox"/> あり 【 介護度 : 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 】 【 認定期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 】 <input type="checkbox"/> なし 【 申請中 ・ 未申請 】		
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院または施設 【 病院・施設名 】		
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 子と同居 <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			
身元 引受 人	ふりがな		
	氏名	入所者との関係	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)	
	住所		
	電話番号	(自宅)	
	(勤務先)		
	(緊急連絡先)		
申し込み理由			

申込者 氏名

続柄

-----	受付サイン
連絡先	