

医療法人 有心会
社会福祉法人 ゆうしん

利用申込書

(関連施設共通申込書)

【申込先】 ※お申込みを希望される施設に / を付けて下さい(重複可)

- 医療法人 有心会
有 田 病 院
- 医療法人 有心会
介護老人保健施設 いいでの里
- 社会福祉法人 ゆうしん
地域密着型特別養護老人ホーム くるま乃

記入日 年 月 日

※下記は施設で記入しますので未記入でお願いします

(施設記入欄) 受付日 年 月 日

(施設記入欄) 管理番号 (施設記入欄) 担当者 印

貴施設を利用したいので次の通り申し込みます。

(※該当する箇所には○印や✓印を付けて下さい)

利用希望者 ふりがな 氏名	ふりがな	性別	男・女
	(〒 -)	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
現住所	(〒 -)	電話番号	
申込者 ふりがな 氏名	ふりがな ※契約代理になっていただける方(申込者が本人でない場合は記入してください)	続柄	
	(〒 -) ※利用希望者と住所が同じ場合、記載を省いても構いません	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居・ <input type="checkbox"/> その他()
住所	(〒 -)	電話番号 (携帯番号)	※日中、連絡がとれる番号を記載してください。
介護保険	被保険者番号	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 2割
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請していない・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援1・ <input type="checkbox"/> 要支援2・ <input type="checkbox"/> 要介護1・ <input type="checkbox"/> 要介護2・ <input type="checkbox"/> 要介護3・ <input type="checkbox"/> 要介護4・ <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険・ <input type="checkbox"/> 社会保険・ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療・ <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者:)・ <input type="checkbox"/> その他()		
年金	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (金額 約 万円/2ヶ月) / <input type="checkbox"/> 国民年金・ <input type="checkbox"/> 厚生年金・ <input type="checkbox"/> 共済年金・ <input type="checkbox"/> 恩給・ <input type="checkbox"/> その他()		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (種類: <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 療育・ <input type="checkbox"/> 精神) / 判定: 級(度) ※障害名		
現況 (現在の居場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 1人暮らし・ <input type="checkbox"/> 家族と同居)		
	<input type="checkbox"/> 病院に入院中 (医療機関名:) (※いつから入院: 年 月 日~)		
	<input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名:) (※いつから入所: 年 月 日~)		
医療の状況	【現在、受けている治療・処置・対応など】 <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻・腸瘻・食道) ・ <input type="checkbox"/> ペースメーカー・ <input type="checkbox"/> 酸素療法・ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル・ <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門等) <input type="checkbox"/> 痰吸引・ <input type="checkbox"/> 人工透析・ <input type="checkbox"/> 気管切開 ・ <input type="checkbox"/> インシュリン注射・ <input type="checkbox"/> 褥瘡・ <input type="checkbox"/> C型肝炎等・ <input type="checkbox"/> MRSA・ <input type="checkbox"/> その他()		
	【現在、内服治療・通院している病気】 (※分かる範囲内で構いませんので記入をお願いします) 診断名(病名) 診断名(病名)		
利用希望者の 意向・要望	意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入居・入院したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居・入院したい <input type="checkbox"/> 将来を考えて申し込んでおきたい ※入所希望時期については、入所決定に際してはなんら影響を与えるものではありませんのでありのままご記入ください。	
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当関連施設のみを申し込む <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる。または今後申し込む予定である ◇申し込み済み・申し込む予定のある施設の名称 ()	
	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病・就労等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境が介護に適していないため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため (具体的な事情)	