

複合型特別養護老人ホーム わかば 入所申込書(兼同意書)

・新規 ・変更

入所申込日 平成 年 月 日 受付番号

入所申込者	フリガナ		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	性別	男性
	氏名			年 月 日 ( 歳)		女性
	住所	郵便番号	-	電話番号		
	要介護度	要支援2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 ( 更新 ・ 変更 )				
	有効期限	H 年 月 日	~ H 年 月 日	被保険者番号		
現在の住居	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設    一般病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他( ) 施設名: (平成 年 月より)					
家族(申込者)	フリガナ		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	続柄	
	氏名			年 月 日 ( 歳)		
	住所	郵便番号	-	電話番号		

居宅介護支援専門員	氏名		事業所	
	電話番号		備考	

他施設への 申込状況		申込予定 ・ 済	第 希望
		申込予定 ・ 済	第 希望
		申込予定 ・ 済	第 希望

【同意書】

・私は入所に関わる手続きや入所順位決定方法について説明を受けました。  
 ・この申込書、調査票の内容を申込み済(予定)の施設間、および行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。  
 ・入所可能となった際に、自己都合により入所を辞退された場合は、入所優先順位から消除されることに同意します。  
 ・この申込書において虚偽等の記載内容の場合は、申し込み無効とされても異議ありません。  
 ・必要な情報を入所施設関係者、介護支援専門員等から得ることに同意します。

平成 年 月 日

氏名 印 (続柄)

※申し込みの際には 被保険者証 健康保険証 老人医療受給者証をご持参下さい

本件処理の実際には、既述既旨、既述既旨、七八区原又相旨と心得て可い。

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先施設名

複合型特別養護老人ホーム わかば

医療機関名

医師名

印

患者氏名:

患者住所:

電話番号:

生年月日: 明治・大正・昭和 年 月 日生( 歳) 性別: 男・女

診断名

現在の症状・経過および検査結果

現在の処方

感染症【有・無】

アレルギー【有・無】

備考



# 意見書

対象者氏名：	調査日：平成 年 月 日
--------	--------------

調査員氏名：	職種：
事業所名：	連絡先：

現在利用しているサービス	
サービス名	利用頻度

身体状況について(在宅介護が困難な身体状況)

認知症について(在宅介護する上で、困難な認知状況)

その他、在宅介護困難な家庭環境、ご本人の特徴

必要とする医療、処置

