

介護老人保健施設 長田の里 入所申込書

受付日 平成 年 月 日 受付 NO.
入所日 平成 年 月 日 入所 NO.

フリガナ 氏名		男 女	大正・昭和 年 月 日生 (歳)
フリガナ 住所			電話

(1) 入所希望者の主訴、家族状況、入所希望者の居住環境(リハビリが必要になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

(2) ご家族氏名	続柄	年齢	職業	介護可能時間
			同居・別居	朝・昼・晩
			同居・別居	朝・昼・晩
			同居・別居	朝・昼・晩
			同居・別居	朝・昼・晩
			同居・別居	朝・昼・晩

(3) 身元引受人 氏名 (本人との続柄) (歳)	住所 〒 電話
-----------------------------------	------------

(4) 現在の状況

- 自宅で生活 主な介護者 ()
- 入院中 病院名 () 入院日 ()
- 施設入所中 施設名 () 入所日 ()
- その他 ()

(5) 入所期間の必要をどの程度と考えていますか ● 1ヶ月 ● 2ヶ月 ● 3ヶ月

(6) 退所後について ● 自宅に帰る ● 施設 [名称] に入る予定 ● その他 ()

(7) 介護保険
支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 介護認定
有効期間 年 月 日迄
居宅支援
事業所名 担当者 TEL
FAX

東大阪市長田東1丁目3番5号
介護老人保健施設長田の里
TEL (06) 6788-8192
FAX (06) 6788-8193