

入所申込書

医療法人 木鶏会 山江老人保健施設

施設長 内山 和美 殿

貴施設の実施する入所事業を利用したいので、関係書類を添えて下記の通り申し込みます。

入所申込日	令和 年 月 日 ()	家族		受付番号	※	
利用者名	印 <small>性別</small>	生年月日	T S	年 月 日	歳	
住所	〒		TEL			
主介護者	様	続柄		TEL		
住所	〒		携帯			
相談者名 担当事業者	(ケアマネージャー・ソーシャルワーカーなど)					
所属機関			TEL			
緊急連絡先	1	お名前		続柄	TEL	
		住所			携帯	
	2	お名前		続柄	TEL	
		住所			携帯	
	3	お名前		続柄	TEL	
		住所			携帯	
主治医 かかりつけ医	医療機関	医師	TEL	内服数	種類	
希望 入所期間	<input type="checkbox"/> 1カ月 <input type="checkbox"/> 2カ月 <input type="checkbox"/> 3カ月 <input type="checkbox"/> 6カ月 <input type="checkbox"/> その他					
退所後に ついて	自宅へ帰ることが		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> わからない	
	施設入所を希望		<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム等	<input type="checkbox"/> グループホーム等	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム等	