

ケアセンター蒲生野 入所申込書

利用申込日	令和	年	月	日	担当ケアマネージャー（		）		
入所希望日	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
（ 至急 ・ 部屋が空き次第 ・ いつでも可 ）									
居室希望	個室 ・ 4人部屋 ・ いずれも可								
利 用 者	氏名（ふりがな）				性別	生年月日			
					男 ・ 女	M ・ T ・ S 年 月 日 (歳)			
	住所 〒					申込時の状況 在宅 ・ 病院 ・ 施設			
						病院・施設名（ ）			
申 込 者	氏名（ふりがな）								
	続柄（ ）								
	住所 〒								
	連絡先								
	TEL								
費 用 負 担 者	氏名（上記と異なる場合のみ記入ください）								
	請求書送付先 〒								

【かかりつけ医】

病院名	主治医名	備考（通院頻度など）

【保険証】

介護保険被保険者証	有 ・ 無	
介護保険負担割合証	有 ・ 無	
身体障害者手帳	有 ・ 無	
負担限度額認定証	有 ・ 無	

3

最近のご本人様の 状況やご様子	
在宅サービスの 利用状況	
申し込み理由	

【申込み利用者様のことについてご記入お願いします】

1. 現在、どのような病気で通院、薬を服用されていますか	
2. 過去にどのような病気で入院、治療を受けていましたか	
3. 身長、体重	身長： c m 体重： k g
4. 趣味はありましたか	
5. どのような性格の方ですか	
6. どのような家族構成ですか	
7. 今までの生活歴をご記入ください (例：生まれ育った場所、職業歴、当施設へ申込みするまでどのような生活を過ごしていたか等)	

【申込み者様のご意向についてご記入ください】

1. 在宅復帰を希望します	いいえ ・ はい
2. 施設継続を希望します	いいえ ・ はい（理由： _____）
3. 当施設以外に申込みされていますか	いいえ ・ はい（施設名： _____） （施設名： _____） （施設名： _____） （施設名： _____）

