

介護老人保健施設キーストーン 申込み書

申込み日

年

月

日

FAX:03-3637-2002

利用者氏名			男	明治	大正	昭和
			女	年	月	才
利用者住所	〒			電話番号	-	
利用区分	<input type="checkbox"/> 入所	◆(差額あり・差額なし)				
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	◆初回利用希望日: / ~ /				
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	◆希望利用曜日: 週 回 / 月・火・水・木・金・土・日				
※通所リハビリ・ショートステイを御希望の方は以下の記入もお願い致します。						
◆入浴: 有・無 ◆車椅子: 有・無 ◆送迎: 有・無						
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新・変更中 (変更日: )		認定期間	H	年	月 日 ~ H 年 月 日
	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5	負担限度額	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 取得済 段階		
身障手帳	身障手帳	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 取得済				

相談者			才	続柄
主介護者			才	続柄
主介護者住所	〒			電話番号 -
主介護者の情報	職業		勤務状況	公休: ( 曜日)
請求書先	氏名		住所	

連絡先	①	様	続柄	自宅・携帯・勤務先	-	-
	②	様	続柄	自宅・携帯・勤務先	-	-
	③	様	続柄	自宅・携帯・勤務先	-	-
	④	様	続柄	自宅・携帯・勤務先	-	-

既往歴及び現病歴	#1病名	病院	通院・入院	年	月
	#2病名	病院	通院・入院	年	月
	#3病名	病院	通院・入院	年	月
	#4病名	病院	通院・入院	年	月
	#5病名	病院	通院・入院	年	月

担当ケアマネジャー 及び 担当ソーシャルワーカー情報	
居宅介護支援事業所名 及び 病院・施設名	ご担当者 様
住所	〒
TEL:	FAX: