

川内の里短期入所申込書

社会福祉法人楽友会特別養護老人ホーム川内の里

施設長 岡田 栄一 殿

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
氏名		生年月日			
住所	〒	電話			
介護度	認定 有効期限	平成・令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで	限度額 認定	無・有 段階
健康保険	国民健康保険・社会保険 後期高齢者医療	身障者 手帳	無・有： 障害名()	種 級 ()	被爆者 手帳 無・有
(フリガナ) 身元引受人氏名		続柄			
住所	〒	電話			
連絡先・家族構成					
氏名	続柄	連絡先(自宅・勤務先・携帯等)			
緊急時連絡先 ※必ず記入	氏名：	電話：			
[構成図] ◎ 回 = 本人 ○ = 女性 □ = 男性 ● ■ = 死亡 ⊖ = 同居(囲む)		感染症 胸部X線 () HB・HCV () MRSA () 骨密度 () 検尿 ()			
かかりつけ医		電話			
住所					
緊急時の入院関係		電話			
住所					
担当ケアマネージャー：□いない □いる (事業所名：)					
短期入所希望理由(本人・家族の意向も記入のこと)					
●食物・薬アレルギー： 無・有 ()					
●インフルエンザの予防接種を以前にしたことがある： 無・有					
●肺炎球菌の予防接種をしたことがある： 無・有 (ある方： 平成 年 月 日)					
排便管理： ●便秘： 無・有 ●緩下剤： 禁・無・有 (便秘時の対応：)					
その他・特記事項：					