

# 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		年齢		歳	
氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日	
住所	〒	電話					
介護度	認定 有効期限	平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	障害自 立度	認知症 自立度
限度額 認定	無・有	備考	課税・非課税・その他				
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	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]		感染症					
◎ 回 = 本人		胸部X線 ( )					
○ = 女性		HB・HCV ( )					
□ = 男性		MRSA ( )					
● ■ = 死亡		骨密度 ( )					
○ ○ = 同居(囲む)		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: <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 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)							
●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 ●その後体調不良になったことはないか 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・令 年 月 日)							
その他・特記事項:							