

# 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	平成 年 月 日から 平成 年 月 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 : 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]					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: 平成 年 月 日)						
その他・特記事項:						