

# 【 入所希望票 】

年 月 日

フリガナ				介護度
入所者名	男 ・ 女 T ・ S ・ H 年 月 日生 歳			
住所	〒(      -      )			TEL(      ) -
申込者 (第一連絡先)	フリガナ			
	氏名	(      歳)	続柄:	職業:
	住所	〒(      -      )	TEL(      )	-
	勤務先名		勤務先TEL	-
第二連絡先	フリガナ			
	氏名	(      歳)	続柄:	職業:
	住所	〒(      -      )	TEL(      )	-
	勤務先名		勤務先TEL	-
その他連絡先	フリガナ			続柄:
	氏名	(      歳)	TEL(      )	-
			携帯	-

経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 (2カ月で      円)		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的		
現在の生活	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 (病院・施設名:      )		
老健利用後	<input type="checkbox"/> 在宅復帰希望 <input type="checkbox"/> その他施設等希望		
施設申込状況	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (施設名:      )		
在宅サービス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり (担当ケアマネージャー:      ) (事業所名:      )		
住宅状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (      階 ・ エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )		

かかりつけ医	<b>医療機関への情報提供に同意</b> <input type="checkbox"/> する / <input type="checkbox"/> しない		
医療機関①	歯科医療機関		
主治医	主治医		
医療機関②	薬局		
主治医			

本人情報	出身地	直近の入院歴 (自宅からの入所のみ記入)		
	生活拠点	病院名:		
	仕事	時期:      年      月      ~      年      月		
	趣味・特技			