

あねがわ介護医療院 入所申込書

記入年月日 令和 年 月 日

事業所名	TEL () -
担当介護支援専門員	FAX () -

ふりがな 利用者名	性別	生年月日	年 月 日 () 歳
住 所	本人 連絡先		自宅 () -
			携帯 () -
被保険者番号	緊急 連絡先	① () -	② () -
		障害手帳 無・有 (身障・精神・知的) 級	
要 介 護 度	総合・要支・要介 ()・申請中・未申請		障害名
	認定日 (R . .)	日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認定期間 (R . . ~ R . .)	認知度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

入 所 理 由	
------------------	--

家 族 状 況 等	《家族構成》	世帯状況	名前	続柄	備考	
	主：主介護者、☆：キーパーソン	独居				
		高齢者世帯				
		日中独居				
		その他				

介護力等		近隣の 協力等	
------	--	------------	--

医 療 情 報	現病名 既往歴 入院歴 感染症等	受診状況 医療機関 (TEL)		服薬状況

経 済 状 況	生活保護	無・有	課税状況	課税・非課税	介護保険負担割合	割
	年金	円/月			負担限度額軽減 ()	無・有
	金銭管理	本人・その他 ()			原爆手帳	無・有

生活歴	【出生地やお仕事、現在までの経歴等ご記入お願いいたします】
-----	-------------------------------