

# 短期入所生活介護利用申込書

記録日：平成 年 月 日

介護支援事業者	事業者名					担当者名																							
	電話番号	( )				所在地																							
	FAX番号	( )																											
住所	〒 -					電話	( )																						
(フリガナ) 氏名						性別	男 ・ 女																						
						生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)																					
緊急連絡先	氏名					ご関係																							
	TEL					住所																							
	携帯																												
介護保険	被保険者番号						保険者名	新潟市・その他 ( )																					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5																											
	認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日																											
健康保険	(種別)					(記号・番号)																							
医療的管理 状況	<b>■医療の状況</b> <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )																												
	<b>■かかりつけ医療機関</b> 医療機関名           : _____ 主治医(医師名)       : _____ 電話番号               : _____ 内服薬                 : _____																												
	<b>■感染症:</b> <input type="checkbox"/> 有   ・ <input type="checkbox"/> 無   ・ <input type="checkbox"/> 不明    (病名) _____																												
	<b>■既往歴</b>																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">病名</th> <th style="width: 45%;">入院・通院医療機関名</th> <th style="width: 30%;">期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月 日～年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月 日～年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月 日～年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月 日～年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月 日～年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>											病名	入院・通院医療機関名	期間			年 月 日～年 月 日			年 月 日～年 月 日			年 月 日～年 月 日			年 月 日～年 月 日			年 月 日～年 月 日
	病名	入院・通院医療機関名	期間																										
			年 月 日～年 月 日																										
			年 月 日～年 月 日																										
			年 月 日～年 月 日																										
			年 月 日～年 月 日																										
		年 月 日～年 月 日																											

