

介護老人保健施設キーストーン 申込み書 申込み日 年 月 日

FAX:03-3637-2002

利用者氏名			男 女	明治 大正 昭和 年 月 日 才
利用者住所	〒		電話番号 ー ー	
利用区分	<input type="checkbox"/> 入所 ◆(差額あり・差額なし)			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	◆初回利用希望日: / ~ /		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	◆希望利用曜日: 週 回 / 月・火・水・木・金・土		
※通所リハビリ・ショートステイを御希望の方は以下の記入もお願い致します。				
◆入浴: 有・無 ◆車椅子: 有・無 ◆送迎: 有・無				
介護保険	<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新・区更中(変更日: /) 認定期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日			
	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5	負担限度額 ※入所、ショート	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 取得済 段階
負担割合証	(1・2・3)割	生活保護	有・無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 取得済み(等級 種 級)
相談者			才	続柄
主介護者			才	続柄
主介護者住所	〒		電話番号 ー ー	
主介護者の情報		職業	勤務状況	公休: (曜日)
請求書先	氏名	住所		
連絡先	①	様	続柄	自宅・携帯・勤務先 ー ー
	②	様	続柄	自宅・携帯・勤務先 ー ー
	③	様	続柄	自宅・携帯・勤務先 ー ー
	④	様	続柄	自宅・携帯・勤務先 ー ー
既往歴及び現病歴	#1病名		病院	通院・入院 年 月
	#2病名		病院	通院・入院 年 月
	#3病名		病院	通院・入院 年 月
	#4病名		病院	通院・入院 年 月
	#5病名		病院	通院・入院 年 月
担当ケアマネジャー 及び 担当ソーシャルワーカー情報				
居宅介護支援事業所名 及び 病院・施設名			ご担当者 様	
住所 〒				
TEL:			FAX:	