

入所申し込み書

(特養・GHA・GHW・有料)

年 月 日

受付者名 _____

(1)相談者氏名・続柄 _____ 住所 _____ 電話 _____
(連絡先)

(2)利用者氏名 _____ 住所 _____ 電話 _____

生年月日 _____ 歳 (男・女)

(3)介護保険の認定 無・有(要介護度) 申請中 被保険者番号

(4)相談内容

(5)利用者の状況について

(6)現在受けているサービス

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> デイサービス(回/W・中断中) | <input type="checkbox"/> ホームヘルプ (回/W) |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/W) | <input type="checkbox"/> 訪問入浴 |
| <input type="checkbox"/> 往診 (Dr、 回/W) | <input type="checkbox"/> その他 |

(7)対応内容

