

マチュアハウス横越 利用申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 新潟慈生会
介護老人保健施設 マチュアハウス横越 御中

申込者 氏 名 ⑨

住 所 〒

電 話 ()
続 柄

下記のとおり、介護老人保健施設マチュアハウス横越を利用したく申し込みます。

利 用 者	ふりがな	男	明・大・昭									
	氏 名	女	年	月	日	生	歳					
	住所 〒											
☎ ()												
利用内容	1. 入 所		2. ショートステイ		4. デイケア							
3. ショートステイ(予防)							5. デイケア(予防)					
希望の理由												
現在の状況	1. 自宅で生活		主介護者()									
2. 病院に入院中							病院名	病院	年	月	日	~
3. 施設に入所中							施設名		年	月	日	~
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年 齢	職 業	連絡先(勤務先・自宅・携帯等)							
利用の了解	1. 本人 (了解・拒否的・不明)		2. 家族 (全員了解・不賛成)									
希望療養室	1. 個室		2. 二人部屋		3. 四人部屋							

退所後の生活	1. 家庭復帰 介護者() 2. 介護福祉施設(特別養護老人ホーム等)入所 申請済の場合記入 → 申請年月日 平成 年 月 日 申請施設() 3. わからない		
健康保険	1. 国保 2. 社保(政官・組合・船員・日雇) 3. 生活保護 被保険者名()		
年金	無 / 有 種類 : 1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 恩給 5. その他() 額 約 万円/月		
障害手帳	無 / 有 (障害名 . 種 級)		
要介護区分状態 有効期限	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 変更申請(認定)中 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
被保険者番号		負担限度額段階	第 1・2・3・4 段階
担当ケアマネ	事業所		担当者名

生活環境の状況

住 宅 状 況	種 類	自宅・マンション・アパート・借家・その他()
	専 用 部 屋	無 ・ 有 (畳)
	寝 具	布団 ・ ベッド(ギャッジ 無 / 有)
	浴 室	無 ・ 有 (置き型 / 埋め込み型)
	便 所	和式 ・ 洋式 ・ ポータブルトイレ
	住居の問題点	無 ・ 有 ()
	改 造	無 ・ 有 ()

生活歴

職 歴		職業終了年	
趣 味			
学 歴	1. 未就学 4. 旧制中学・新制高校卒 2. 小学校卒 5. 旧制高校・短大卒 3. 高等小学校・新制中学校卒 6. 大学卒		
配偶者の有無	1. 未婚 2. 既婚 3. 死別 4. 離婚 5. その他		
サービス 利用歴	1. 訪問介護 4. 短期入所サービス 2. 訪問看護 5. 通所サービス 3. 福祉用具購入・貸与()		

その他備考

--