

マチュアハウス中条 利用申込書

年 月 日

社会福祉法人 新潟慈生会
介護老人保健施設 マチュアハウス中条 御中

【申込者】 氏名 ㊟

住所 〒

電話 続柄
緊急連絡先
(携帯等)

下記のとおり、介護老人保健施設マチュアハウス中条を利用したく申し込みます。

利 用 者	ふりがな	男 女	明・大・昭		
	氏 名		年	月	日 歳
	住所 〒		☎ ()		
利用内容	1. 入所 2. 短期入所 3. 短期入所 (予防) 4. 通所リハ 5. 通所リハ (予防) 6. 訪問リハ 7. 訪問リハ (予防)				
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 病院に入院中 3. 施設に入所中 主介護者 () 病院 名 病院 年 月 日～ 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				

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（ ） 金額 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 年 月 日 ～ 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
かかりつけ医			

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（ギヤッジ 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 修	無 ・ 有 （ ）

生活歴

職 歴		職業終了年	
趣 味			
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

--