

通 所 利 用 申 込 書

令和 年 月 日

周防大島町立介護医療院 殿

利用 申込 者	氏名	フリガナ	男 ・ 女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
	住所	〒		
		TEL () -		
連絡先	続柄 ()			
	氏名			
	住所 〒		自宅TEL () -	
			携帯TEL () -	
利用の理由				
現在の状況			希望曜日 1. 曜日 2. 曜日 3. 曜日	
1. 入院中(病医院名)			(回/週)	
2. 入所中(施設名)			送迎—希望する(自宅・最寄りの まで)	
3. 在宅 外来受診 有・無			希望しない	
かかりつけ病院()			入浴—希望する(一般入浴・介助入浴)	
			希望しない	
家族状況			自宅付近の地図	
氏 名			続 柄	年 齢
職 業				
5. 介護保険認定				
<input type="checkbox"/> 有 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 認定有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 居宅介護支援事業所: 担当ケアマネ: <input type="checkbox"/> 変更申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 その他: <input type="checkbox"/> 無				
6. 特記事項				