老人保健施設友愛トピア利用申込書（ショートステイ）

申込日　　年　　月　　日

申込者　　ふりがな
氏名　　印　　続柄

住所

電話　　携帯電話

利用希望者	ふりがな		
	氏　名		（　男　・　女　）
	生年月日	明　・　大　・　昭　　年　　月　　日生	歳
	住　所	〒　　－ 電話　　（　　）	
本人の現在の状態	身長・体重	身長：　　cm　　体重：　　ｋｇ	
	歩　行	・ひとりでできる　・介助を要する　・寝たきり	
	食　事	・ひとりでできる　・介助を要する　・寝たきり	
	排　泄	・ひとりでできる　・介助を要する　・夜のみオムツ　・常時オムツ	
	認知症	ない・ある（困ること：　　）	
	病　気	ない・ある（　　）	
	内服・外用薬	ない・ある（　　）	
	かかりつけの医療機関	担当医：	
	現　況	□在宅療養中　（利用中介護サービス：　　） □病院等に入院中 （病院名：　　期間：　　～　　） □介護施設等に入院中 （施設名：　　期間：　　～　　）	
	ケアマネージャー	事業者名：　　担当：	
介護者又は保証人	ふりがな		
	氏　名	続柄	
	生年月日	大正・昭・平　　年　　月　　日生	歳
	連絡先 ①	住所	自宅・勤務先・その他
		電話	自宅・携帯・勤務先
	連絡先 ②	住所	自宅・勤務先・その他
		電話	自宅・携帯・勤務先
保険証等	① 介護保険証：無・有（要支援：１・２・要介護：１・２・３・４・５・申請中・変更中） ② 健康保険証・無・有　③後期高齢者医療受給者証：無・有　④身体障害者手帳：無・有 ⑤その他特記：		
施設記入欄			