

入所年月日: 年 月 日 主治医:() 2F 3F 4F

介護医療院 虹 入所申込書 *太枠内と申込者欄を記載

氏名	男 女 他	生年月日	M T S 年 月 日	歳
住所	TEL() —			
入所を希望される理由 (チェックボックスにチェックを)			松江保健生協の 組合員・非組合員	
<input type="checkbox"/> リハビリをして自宅に帰りたい <input type="checkbox"/> 次の施設入所先を検討したい				
<input type="checkbox"/> 申し込んだ施設入所までの療養 (入所待ちの施設名:)				
<input type="checkbox"/> 虹での入所を看取りまで継続したい <input type="checkbox"/> その他 ()				
ケアマネージャー (事業所:) (氏名:)				
介護保険認定 要支援 1・ 要支援 2・ (短期入所の場合) 要介護 1・ 要介護 2・ 要介護 3・ 要介護 4・ 要介護 5 認定期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) (新規・更新・変更)申請中 訪問調査 済 (月 日)・未				
課税状況 : (課税、非課税) 世帯 負担割合 : (1割・2割・3割) 負担限度額認定証 : 有・無				
医療保険情報 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> その他公費等()				
家族状況	続柄	氏名	年齢	連絡先
	本人			
*キーパーソン				
その他気になる事:				

年 月 日 申込者住所 _____

申込者氏名 _____ 続柄()

連絡先 () _____