

# 短期入所利用申込書

平成 年 月 日

利用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
フリガナ				男 女	生 年 月 日
氏名					
住所	〒			T E L	( ) -
要介護度	申請中・要支援1・要支援2・要介護度1・要介護度2・要介護度3・要介護度4・要介護度5				
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
担当ケアマネージャー	居宅介護支援事業所名:				担当者:
連絡先	氏名: 続柄( )				
	〒				
	住所:				
TEL:	自宅( ) -		携帯( ) -		
	勤務先( ) -				
利用の理由	<input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 介護疲れ(家族の休養) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> その他( )				
家族構成	1. 同居( 名)		2. 独居		
現在のかかりつけ病院	病院名:			主治医:	
希望居室	1. 個室		2. 2人部屋		3. 4人部屋

◇この申込書は、下記宛に郵送していただくか、直接窓口にお持ちください。

〒812-0041

福岡市博多区吉塚7丁目6-40

医療法人相生会 介護老人保健施設 光

TEL(092)629-1631 FAX(092)629-1635

※病状等により、他の医療機関・施設等を紹介させていただく場合がございます。