

ホスピア玉川 ご利用お申し込み書
 ホスピア喜多見

年 月 日

ご利用サービス：(入所 ・ 短期 ・ 通所)

| | | | | | | |
|--|---|-----|--------|------------------|----------|--|
| ふりがな | | | | | 生年月日 | |
| ご利用者ご氏名 | 様 男・女 | | | | 年 月 日 歳 | |
| 住 所 | 〒 | | | | 電話 () | |
| 医療保険の種類 | 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他() | | | 老人医療受給者証 | 有 ・ 無 | |
| 身体障害者手帳 | 有() ・ 無 | | | 介護保険 負担限度額認定証 | 有() ・ 無 | |
| 介護保険負担割合証 | 1割 ・ 2割 ・ 3割 | | | その他 | | |
| 生活保護 |)福祉事務所 ・ 担当者() ・ 電話() | | | | | |
| ご家族の状況 *別居されている方も ご記入下さい *主介護者ご氏名に ○をつけて下さい。 | 緊急連絡 順位 () | ご氏名 | | 住 所 | 〒 | |
| | | ご続柄 | | 電 話 | | |
| | 順位 () | ご氏名 | | 住 所 | 〒 | |
| | | ご続柄 | | 電 話 | | |
| 順位 () | ご氏名 | | 住 所 | 〒 | | |
| | ご続柄 | | 電 話 | | | |
| ご家族様以外 緊急連絡先 | 順位 () | ご氏名 | | 住 所 | 〒 | |
| | | ご関係 | | 電 話 | | |
| ご結婚歴 | 既 婚 (配偶者の状況 : 健康 ・ 虚弱 ・ 病臥 ・ ご逝去) ・ 離 婚 ・ 未 婚 | | | | | |
| お子様の人数 | 有 (名 内ご逝去 名) ・ 無 | | | | | |
| 現在の状況 | ① ご自宅 * 一人暮らし * ご夫婦のみ * お子様と同居 ② 医療機関ご入院中 () 病院) ③ 介護老人保健施設ご利用中 () ④ その他 () | | | | | |
| 経済の状況 | ① 年金受給 ② その他 () | | | | | |
| 主治医 | 医療機関名 | | | | | |
| | 住 所 | | | 電 話 番 号 | | |
| 介護支援事業所 | 担当事業所名 | | | 担当者 様 | | |
| | 住 所 〒 | | | | | |
| | 電 話 | | | F A X | | |
| 利用申込者 | 氏 名 Ⓔ | | | ご利用者とのご関係 | | |
| | 住 所 | | | 電 話 番 号 | | |