

申 込 補 助 用 紙

ご利用者様氏名 _____様

ご記入者様氏名 _____様（続柄 _____）

① これまでかかった病院・現在かかっている病院（既往歴）

※耳鼻科・眼科・皮膚科等についてもご記入下さい。

病名	病院名	入院・通院	利用期間
		入院・通院	年 月 日 ～ 年 月 日
		入院・通院	年 月 日 ～ 年 月 日
		入院・通院	年 月 日 ～ 年 月 日
		入院・通院	年 月 日 ～ 年 月 日
		入院・通院	年 月 日 ～ 年 月 日
		入院・通院	年 月 日 ～ 年 月 日
		入院・通院	年 月 日 ～ 年 月 日

② 緊急医療機関名

病 院 名	
電 話 番 号	

③ 施設入所（ショートステイを除く）をしたことのある方は記入して下さい。

施設名	施設利用の主な理由	利用期間
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日

④ 在宅中に利用したサービス

※訪問介護・訪問看護・往診・ショートステイ・デイサービス・デイケア等利用した事がある場合は、ご記入下さい。

⑤ 介護保険を受けるまでの経過

⑥ 在宅介護困難な理由
