

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

⑦かかりつけ医について

- i かかりつけ医療機関名()
- ii 医師名()
- iii かかりつけ薬局名()

⑧金銭収入

- 国民年金 厚生年金 障害年金
- 生活保護 その他()
- 月々()円程度

金銭管理者 _____ 続柄()

⑨家族構成

※本人以外はすべて記入をお願いします。

氏名	年齢	本人との続柄	同居・別居	連絡先
ふりがな			同・別	住所 自宅 TEL 勤務先/携帯など TEL
ふりがな			同・別	住所 自宅 TEL 勤務先/携帯など TEL
ふりがな			同・別	住所 自宅 TEL 勤務先/携帯など TEL
ふりがな			同・別	住所 自宅 TEL 勤務先/携帯など TEL
ふりがな			同・別	住所 自宅 TEL 勤務先/携帯など TEL
ふりがな			同・別	住所 自宅 TEL 勤務先/携帯など TEL
ふりがな			同・別	住所 自宅 TEL 勤務先/携帯など TEL

⑩ご家族様のご希望について

※入所についてのご希望を具体的にご記入下さい。

※ 分かる範囲で結構ですので、ご記入をお願いします。