

入所申込書

FAX番号 0955-75-3174

申込受理日 平成 年 月 日

(施設にて記入)

介護老人保健施設 まつら荘に入所を希望しますので、次の通り申し込みます。

申込日	平成 年 月 日		
被保険者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
	性別	男・女	
	住所	〒	
	被保険者番号		
	要介護度	有効な認定期間	~
申込者	ふりがな		
	氏名	続柄()	
	住所	〒	
	連絡先	(昼)	
	(夜)		
	(携帯)		

入所申込者調査票の作成のために必要となる、入所申込者及び家族に関する状況(病状含む)を把握するため、かかりつけ医、介護支援専門員等関係者から情報収集することについて同意します。

かかりつけ医() 担当介護支援専門員()

平成 年 月 日

本人との続柄

氏名 印 ()

説明確認欄	私は、次の事項について施設より説明を受けました。
	<ul style="list-style-type: none"> ・入所申込み後、かかりつけ医による紹介状を元に入所判定委員会にてまつら荘で療養可能かどうか判定し、利用可となれば待機者とみなします。待機時間は、待機状況によっては長くなる場合があります。 ・入所期間に関しては、原則3ヶ月となります。その後の延長については、ご相談下さい。 ・まつら荘利用料について(別紙参照) ・眼科、皮膚科、泌尿器科などの他科受診については、制限がかかる場合があります。 <p>平成 年 月 日</p> <p>本人との続柄</p> <p>氏名 印 ()</p>

【個人情報の取り扱いについて】

この個人情報については入所受付けの為のものであり、それ以外の目的には利用しません。又、取り扱いについては当施設の個人情報保護規定に基づき責任をもって管理いたします。