

利用者氏名

介護保険 認定情報	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 区分変更中 (月 日) 申請中		
	被保険者番号		保険者番号
	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	交付年月日 年 月 日		認定年月日 年 月 日
	担当ケアマネージャー 事業所名 () 担当者名 ()		
健康保険証	後期高齢者 ・ 国保 ・ 社保 ・ その他 ()		
介護保険 負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割	介護保険負担限 度額認定証	無 ・ 有 (施設入所食費：300円・390円・650円・1360円) (ショートステイ食費：300円・600円・1000円 申請中 (月 日) ・1300円)
生活保護受給	無 ・ 有 (市 ・ 町)		障害者手帳 無 ・ 有 (級)
現在の状況			
① イ. かかりつけ医 病院名 () 診療科 () 科 主治医 () 電話番号 () ロ. 現在通院治療中 病院名 () 電話番号 () ハ. 治療していない			
2. 入院中 病院名 () 入院日 ()			
3. 施設入所中 施設名 () 入所日 ()			

当施設では入所中、ご利用者様に何か変化が見られた際は、連絡を差し上げることを基本としております。ご家族様のご意向に、より迅速に対応できるよう努めてまいります。ご意向をお聞かせ下さい。

A : 緊急性が無くても、どんな時間でも構わないので、連絡が欲しい

B : 緊急性がなければ時間を選んで連絡・報告を欲しい(真夜中の発見の場合次の日の9時以降)

C : 緊急性がなければ定期(3ヶ月毎)のケアプランの説明の時にまとめて報告でよい

D : その他の状況(具体的に記載)

()

***** 緊急時搬送先のご希望があれば下記にご記入ください *****			
医療機関名		診察券	有 ・ 無
電話番号		入院歴	有 ・ 無
主治医	上記医療機関に、受診・入院されたことのある方はその時の主治医をお書きください		
	診療科目 ()	医師氏名 () 先生	
備考			

※緊急時の搬送先は、輪番制や医療機関の状況により、希望の医療機関に搬送されない場合もあります
介護老人保健施設”悠久” (2021.10)