

介護老人福祉施設長老園入所申込書

ふりがな		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
入所者氏名								
入所者住所				TEL				
入所者の現在いる場所	自宅・病院・老健・その他（施設・病院名等）							
主な疾病								
身体状況	1. 自分で歩ける（独歩・歩行器・杖歩行） 2. 車椅子 3. 寝たきり 4. 認知症							
入所時期	1. すぐ入所したい 2. 将来的に入所したい							
入院・入所歴							
利用者の状況							
生活歴	出生地：..... 職業：..... 介護を必要とするようになったのは、いつ頃ですか.....年頃.....							
主治医病院名				主治医氏名				
介護保険被保険者証記載事項								
認定年月日	令和	年	月	日	要介護状態区分等			
認定の有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日							
被保険者番号				(市町村) 保険者名				

同居の家族の状況								
氏名	続柄	年齢	職業	氏名	続柄	年齢	職業	
近親者の状況（対象者の子供、又は兄弟）わかる範囲でいいです。								
氏名		続柄	年齢	職業	居住地（市町村名）			
身元引受人	氏名		続柄	住所			TEL	
				〒				

身元引受人と連絡先が違う場合

連絡先	氏名		続柄	住所			TEL	

* 施設入所希望者及びそのご家族の個人情報について、当施設職員が対象者の状態を把握するために必要な情報を、市町村及び各サービス事業所・居宅介護支援事業所等から情報提供を受けること、及び自宅もしくは入院・入所先にて面接し、情報を得ることに同意致します。

上記のとおり個人情報の取得に同意のうえ、長老園に入所申し込みします。

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム長老園

施設長 湖東正美 殿

利用者氏名 _____ 印

申請者氏名 _____ 印

担当者記載欄

施設長	事務長	相談員	ケアマネ	看護師	栄養士	事務員