

介護老人福祉施設長老園入所申込書

ふりがな							
入所者氏名		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日 歳
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						
生活歴結婚までの職業：.....結婚後の職業：.....介護を必要とするようになったのは、いつ頃ですか.....年頃.....本人のご兄弟： 男.....人、女.....人（内、なくなった方： 男.....人、女.....人）.....						
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	平成	年	月	日	要介護状態区分等		
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
被保険者番号				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。

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム長老園

施設長 尾 寄 久美子 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	事務員	受付者