



(3) (2)以外の家族等関係者の連絡先

ふりがな 氏名	年齢	続柄	住所	連絡先

(4)現在の介護状況

<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど、「介護する者がいない」
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、「遠距離」、「長期入院」するなどの状況で、事実上介護が不能
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、「要介護状態」、「病気療養中」、「障がい有する」など、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、「要支援状態」、「高齢」などの状態で、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、「他の介護」、「育児」を行っているなど、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、「就業」している為、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められている
※申込みをしたい理由について具体的に記載してください。

(5)同意欄

<input type="checkbox"/> 必要に応じ、保険者である市町村、担当居宅支援事業所(ケアマネジャー)等及び入院先から情報提供を求めてもよい
<input type="checkbox"/> 入所にあたり、現在の居住地へ状態確認の事前訪問をしてもよい

上記のとおり、入所を申し込みます。

令和 年 月 日

申込者: \_\_\_\_\_

特別養護老人ホーム 福寿園 園長 長尾 春夫 殿

★施設記入欄

○連絡事項

<input type="checkbox"/> 入所待ちショートステイ利用希望あり
受付者:

○経過記録

年月日	経過録	対応者
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		