

特別養護老人ホーム:メディカルケア伊勢志摩 ショートステイ入所申込書

20 年 月 日申し込み

|                     |     |                             |                             |                              |
|---------------------|-----|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| もうしこみしやしめい<br>申込者氏名 | 印   |                             | 続柄                          |                              |
| 住所                  | 〒 - |                             |                             |                              |
| 電話                  | 自宅  | FAX                         |                             |                              |
|                     | 携帯  | Eメール                        |                             |                              |
| 入所希望:本人同意の有無        |     | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | <input type="checkbox"/> 不可能 |

貴特別養護老人ホームへのショートステイ入所を、次の通り申し込みます。

|          |                |  |                   |      |       |       |    |
|----------|----------------|--|-------------------|------|-------|-------|----|
| 入所希望者の状況 | しめい<br>氏名      |  |                   | 性別   | 男・女   | 年齢    | 歳  |
|          |                |  |                   | 生年月日 | M・T・S | 年 月 日 | 日生 |
|          | 現住所            | 〒 -  |                   |      | 電話    |       |    |
|          | 介護保険           | 被保険者番号   |                   |      | 保険者名  |       |    |
|          |                | 要介護度   | 要介護 1・2・3・4・5     |      |       |       |    |
|          |                | 認定期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日 申請中 |      |       |       |    |
|          | 担当<br>ケアマネージャー | 事業所名   |                   |      | 電話    |       |    |
|          |                | 所在地  |                   |      |       |       |    |
|          |                | 名前   |                   |      |       |       |    |
|          | 健康保険           | (種別・記号番号)  |                   |      |       |       |    |
|          | 年金             | (種別)   | 支給年額              |      |       |       |    |
|          |                | (種別)   | 支給年額              |      |       |       |    |
|          | その他・公的扶助       | (種別)   |                   |      |       |       |    |
|          |                | (種別)   |                   |      |       |       |    |
|          | 現況             | 自宅で一人暮らししている・自宅で配偶者と暮らししている・自宅で家族と暮らししている<br><br>訪問介護・通所介護・短期入所・訪問看護<br><br>施設や病院に入っている<br>名称: 所在地名・<br>入所又は入院の時期: |                   |      |       |       |    |
| 主たる介護者   |                |  |                   | 性別   | 続柄    |       |    |
|          |                |  |                   | 男・女  |       |       |    |
| 家族       |                |  |                   |      |       |       |    |
|          | 氏名             | 性別   | 続柄                | 年齢   | 同居・別居 | 住所    |    |
|          |                |  |                   |      |       |       |    |
|          |                |  |                   |      |       |       |    |
|          |                |  |                   |      |       |       |    |

|                               |   |  |    |       |  |
|-------------------------------|---|--|----|-------|--|
| 入所希望者の状況                      | 主治医   | 氏名   |    | 医療機関名 |  |
|                               |   | 所在地  |    | 電話    |  |
|                               | 現病  |  |    |       |  |
|                               | 既往歴   |  |    |       |  |
|                               | 胃瘻 ・ 経鼻栄養 ・ インシュリン注射 ・ ペースメーカー ・ 癌( ) ・ 痰吸引<br>床ずれ ・ C型肝炎等 ・ MRSA ・ 酸素使用 ・ その他感染症( )  |  |    |       |  |
|                               | 認知症の症状  |  |    |       |  |
|                               | 視力  |  |    |       |  |
|                               | 聴力  |  |    |       |  |
|                               | 歩行  |  |    |       |  |
|                               | 食事  |  |    |       |  |
| 入浴                            |   |  |    |       |  |
| 排泄                            |   |  |    |       |  |
| その他                           |   |  |    |       |  |
| 入所希望の理由                       | ※該当するものすべてにチェックをして下さい。  |  |    |       |  |
|                               | <input type="checkbox"/> 介護するものがないため<br><input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障がい」「疾病」等により十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護者の精神的、身体的負担が大きく十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが自宅での介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |    |       |  |
| 特記事項(具体的な事情等)                 |   |  |    |       |  |
| 他施設<br>申し込み状況                 | 1)  | 2)   | 3) |       |  |
|                               | 4)  | 5)   | 6) |       |  |
| 説明確認<br>及び<br>情報収集に関わる<br>同意書 |   | 年 月 日<br><br>入所希望者名 _____ 印<br><br>申し込み家族名 _____ 印 |    |       |  |

※この申込書と介護保険証の写しを添えて申し込みして下さい。

<連絡先> 特別養護老人ホーム メディカルケア伊勢志摩  
(TEL:0599-67-0080) (FAX:0599-67-0081)