ショートステイ・入所　利用申込書

介護老人保健施設
板橋ロイヤルケアセンター施設長　殿

記入者　　記入日　　年　月　日

利用者	ふりがな 氏　名　　様　　男　女	生年月日　明　・　大　・　昭 年　月　日　歳
	住　所　〒　　ー 自宅TEL　：　（　　）　　携帯TEL　：　（　　）	
相談者	ふりがな 氏　名　　様　　本人・家族（続柄　　）・その他（　　）	
	住　所　〒　　ー 自宅TEL　：　（　　）　　携帯TEL　：　（　　）	

介護保険情報	被保険者番号				
	要介護状態区分	要支援１・２　要介護１・２・３・４・５		更新申請中・区分変更申請中	
	認定の有効期間	年　月　日　～　年　月　日		負担割合	１・２・３割
	認定年月日	年　月　日	交付年月日	年　月　日	
	居宅介護支援事業所	事業所名：　　担当者名：　　様 電話：　（　　）　　FAX：　（　　）			

利用希望	1　入所　　ヶ月程度　（目安3～6ヶ月） 2　ショートステイ　　年　月　日　～　年　月　日 ※　居室希望　□認知症専門棟　□一般棟　　※　個室希望　□有　□無
利用目的（複数回答可）	□　身体的理由により在宅生活が難しい（移動・排泄・入浴・食事・着脱） □　認知症のため在宅生活が難しい（徘徊・不眠・不穏・不潔行為・幻覚・妄想） □　介護者が就労等により日中いない □　介護者の休息のため □　機能訓練のため □　その他（　　）
現在の状況	□　在宅で生活中　（一戸建て・マンション〔 エレベーター　有・無 〕同居　有・無　その他（　　） □　入院中　（病院名　　入院期間：　年　月　日～　年　月　日） □　施設入所中　（施設名　　入所期間：　年　月　日～　年　月　日）
健康状態	かかりつけ医療機関名：　　主治医：　　先生　（　　科） 病歴： 服薬： 特記：

緊急連絡先	氏　名	続柄	年齢	住所	電話番号
	①				（　　） （　　）
	②				（　　） （　　）
	③				（　　） （　　）
	夜間				（　　） （　　）

退所後	□自宅　□家族宅　□特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設 □有料老人ホーム　□サービス付高齢者住宅　その他（　　）

※分る範囲でご記入お願いいたします