

入居先探し 依頼シート

株式会社Flashark 宛 FAX **050-3093-2138**
お電話 03-6824-0399 (8:00～20:00・年中無休)

分かる範囲でご記入ください。空欄のままでも構いません。ご本人・ご家族の同意を得たうえでお送りください。送信のあとにお電話を一本いただくと、受け取りを確かめてすぐに動けます。

ご依頼元			
送付日	年 月 日	病院・事業所名	
ご担当者・部署		お電話／FAX	
ご本人			
お名前（イニシャル可）		年齢・性別	歳 ☐ 男性 ☐ 女性
今いる場所	☐ 入院中（病院名： ） ☐ ご自宅 ☐ 施設		
お住まい（市区町村）		要介護度	☐ 要支援 ☐ 要介護（ ） ☐ 申請中 ☐ 未申請
退院の予定日	☐ 決まっている（ 月 日 ） ☐ 目安（ 月ごろ ） ☐ まだ決まっていない		
医療的なケア・お体の状態			
医療的なケア	☐ 胃ろう ☐ 鼻からの管 ☐ たんの吸引（日中・夜間） ☐ 在宅酸素 ☐ インスリン ☐ 透析（週 回） ☐ バルーン ☐ ストーマ ☐ 床ずれ・傷の処置 ☐ その他（ ）		
認知症の症状	☐ なし ☐ 物忘れ ☐ 家に帰りがたがる ☐ 夜に落ち着かない ☐ 大声・怒りっぽい ☐ その他（ ）		
移動・食事	☐ 歩ける ☐ 車いす ☐ 寝たきり / ☐ 普通食 ☐ きざみ・とろみ ☐ ペースト		
費用・手続き			
収入のめやす	年金 月 万円くらい ☐ 生活保護（担当の福祉事務所： ） ☐ 分からない		
月々のご予算	月 万円くらいまで	身元保証人	☐ いる ☐ いない ☐ 分からない
希望の地域			
ご家族の連絡先	お名前・続柄・お電話（ご本人・ご家族の同意がある場合）		
そのほか	ご本人のご希望、急ぐ理由、すでに断られた施設など		

（高住連）紹介事業者届出公表制度（届出番号）25-1023 提携施設からのご依頼でお探しするため、ご本人・ご家族に費用はかかりません