

〈申込者〉 平成 年 月 日

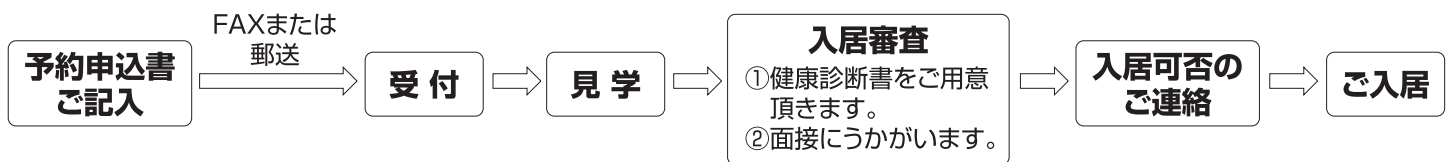
ふりがな			対象者との続柄
氏名			
住所	〒		
電話・FAX・携帯	(電話)	(携帯)	
	(FAX)		
連絡先	自宅・携帯・その他(名称: _____)		TEL: _____)
どこで当ホームをお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 新聞広告等 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 法人会員(法人名: _____) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他( _____ )		

〈対象者〉

ふりがな		性別	生年月日			
氏名		男・女	明・大・昭	年	月 日	
住所	〒		電話番号			
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ 福祉事務所 TEL _____ 担当: _____)					
現在入所 入院中の施設	(名称) _____		担当ソーシャルワーカー			
介護申請	<input type="checkbox"/> 申請済(要介護度 _____) <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請中( _____ 月 _____ 日)					
居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー _____		連絡先 _____			
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好		主治医 _____	病院 _____	科 _____	Dr _____
	<input type="checkbox"/> 治療中		主治医 _____	病院 _____	科 _____	Dr _____
	通院(月 _____ 回) 往診(月 _____ 回)		障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類: _____ / 級)		
医師からの告知病名						
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬物 _____)(食物 _____)					
精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名: _____)(症状: _____)					
歩行	自立・一部介助・全介助	補助用具	無 杖 車椅子(自走可 自走不可)			
起立	自立・つかまり・一部介助・全介助					
食事	自立・一部介助・全介助	食事形態	普通 一口大 刻み ペースト			
排泄	自立・一部介助・全介助	排泄形態	トイレ 簡易トイレ 尿器 オムツ			

〈ご希望入居時期〉

平成 年 月 上旬 ・ 中旬 ・ 下旬



お申込みは入居担当までファックスでお願いします。

# 048-631-1776 (fax番号)

お問合せ ご相談 ⇨ 0120-294-772