

みんなの家・南中野 入居予約申込書（仮予約）

〈申込者〉

平成 年 月 日

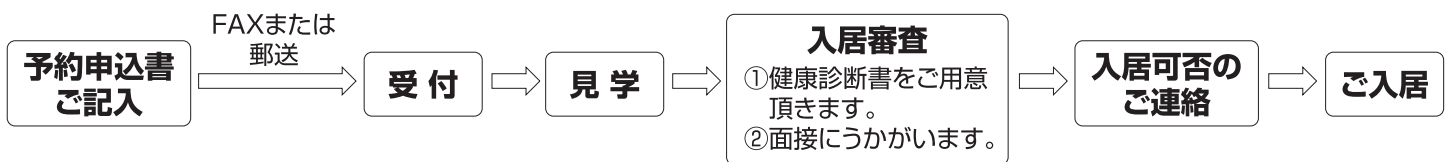
ふりがな			対象者との続柄
氏名			
住所	〒		
電話・FAX・携帯	(電話)	(携帯)	
	(FAX)		
連絡先	自宅・携帯・その他（名称： _____ TEL： _____）		
どこで当ホームをお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 新聞広告等 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 法人会員（法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