

〈申込者〉 平成 年 月 日

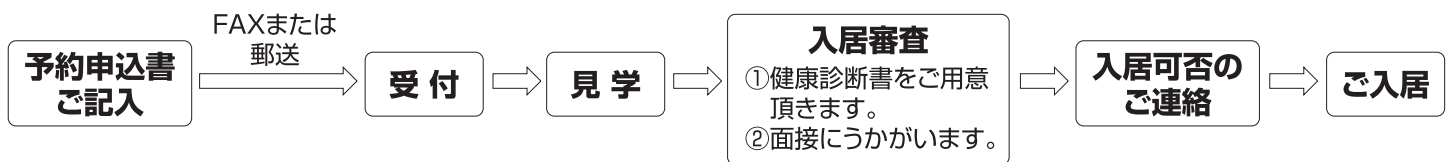
ふりがな			対象者との続柄
氏名			
住所	〒		
電話・FAX・携帯	(電話)	(携帯)	
	(FAX)		
連絡先	自宅・携帯・その他(名称:)		TEL:)
どこで当ホームをお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 新聞広告等 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 法人会員(法人名:) <input type="checkbox"/>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