

「有料老人ホームうめの小町」入居希望申込書

申込日 平成 年 月 日

申込者氏名	④	入居希望者との関係	
申込者住所	〒		
電話番号		携帯番号	

※ 入居に関する確認事項について、申込者の方にご連絡・確認をさせていただきます。

入居希望者氏名	ふりがな	性別	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)		
入居希望者住所	〒		
電話番号			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
ケアマネージャー	事業所名 ()	担当者名 ()	
かかりつけの医療機関		主治医名	
現病名			
既往歴			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 病院 (病院名:) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
本人の状況	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 () 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ 認知症 <input type="checkbox"/> 有り 具体的な症状 () <input type="checkbox"/> 無し 医学的な管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ()		

※ この申込書は入居の可否を決定するものではありません。(後日、担当者から詳細確認のため連絡させていただきます。) 入居希望者との面談、入居判定会議ののちに結果をご連絡いたします。