

サービス付き高齢者向け住宅 水前寺しょうぶ苑 入居申込書

入居を希望するので、下記の通り申し込みます。

申込日	令和 年 月 日
受付者	
紹介元	CM/MSW() 広告() その他()

入居希望者			
ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 女	明 大 年 月 日 昭
電話番号		住所	〒
かかりつけ医	医療機関名:	主治医名:	
ケアマネジャー ソーシャルワーカー	事業所名:	担当者名:	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らし <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他		
要介護度認定	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1・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		
介護サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護() <input type="checkbox"/> 訪問リハ() <input type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導() <input type="checkbox"/> 訪問入浴() <input type="checkbox"/> 通所介護() <input type="checkbox"/> 通所リハ() <input type="checkbox"/> ショートステイ() <input type="checkbox"/> その他()		
入居を希望する理由 及び状況	<input type="checkbox"/> 単身であり、在宅では生活が困難 <input type="checkbox"/> 介護者がいるが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()		

入居申込者			
ふりがな		電話番号	
氏名			
住所	〒	入居希望者との続柄	

医療に関する状況	
【特別な医療的対応】	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 皮膚疾患() <input type="checkbox"/> その他()
【既往歴】	
【現在治療中の病気等】	服薬: なし・あり (朝 昼 夕 眠前)

ご記入有難うございました。