入居申込書（仮予約）

＜申込者＞

ふりがな		対象者との続柄
氏名		
住所	〒	
連絡先	電話	携帯電話
	ＦＡＸ	
メールアドレス		
どこで当ホームをおしりになりましたか？	□病院（　　病院）　□居宅支援事業所（　　） □ホームページ　□役所　□知人紹介　　□その他（　　）	

＜対象者＞

ふりがな		性　別	生　年　月　日
氏名		男・女	年　　月　　日（　　歳）
住所	〒		
連絡先	電話	携帯電話	
生活保護の需給	無　□　有　（　　）福祉事務所　　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	□申請済み（要介護/要支援　　）□未申請　□申請中（　　月　　日）		
居宅介護支援事業所	担当ケアマネージャー　　連絡先		

医療行為の状況 ※詳細は健康診断書 0r 診療情報提供書	治療中の病気	通院頻度	主治医/処方

認知症	□無　□有：アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型・その他（　　）		
アレルギー	□無　□有　（薬物　　）（食物　　）		
歩行	自立　・　一部介助　・　全介助	補助用具	無・杖・シルバーカー・車椅子
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・キザミ
排泄	自立　・　一部介助　・　全介助	パット・リハビリパンツ・オムツ・	

＜ご希望のサービス＞

訪問介護	□希望する　　希望内容（　　）
訪問看護	□希望する　　希望内容（　　）
デイサービス	□希望する　　希望内容（　　）
居宅介護支援事業所	□希望する　　希望内容（　　）
リハビリ	□希望する　　希望内容（　　）
実費サービス	□希望する　　希望内容（　　）

ＦＡＸ番号０４－２９４１－５０８７　お問合せ・ご相談０４－２９４１－５０８０