

モン・サンながさき 入居予約申込書

申込日： 年 月 日

※可能な限りご記入をお願い致します		施設名	モン・サンながさき		受付者：
フリガナ		性別	男・女	生年月日	T・S 年 月 日
入居希望者 氏名					歳
住所	〒		連絡先		
介護保険認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
身元引受人 兼 保証人 (予定)	フリガナ 氏名			連絡先	
	住所	〒			
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄：) <input type="checkbox"/> その他 ()				
身元引受人 兼 保証人 (予定)	フリガナ 氏名			連絡先	
	住所	〒			
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄：) <input type="checkbox"/> その他 ()				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> () までに入居したい <input type="checkbox"/> 未定				
主疾患や既往 歴、通院中の 病院等					
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 生活保護				
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 万円 / 月 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
日常生活動作	食事	e x) 食事形態(キザミ、一口大等) 介助が必要か否か等 アレルギーの有無			
	入浴	e x) 自立や見守り、介助浴、機械浴、シャワー浴等			
	排泄	e x) 自立やリハビリパンツ、パット、おむつ等			
	移動	e x) 独歩や杖歩行、歩行器、車椅子等 室内や屋内、屋外との違い等			
<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居者あり(同居者との関係：) <input type="checkbox"/> その他()					
<input type="checkbox"/> 入居施設() <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 老健					
<input type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用(有 ・ 無)					
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー 事業所名() 氏名()					
<input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> デイケア (週 回) <input type="checkbox"/> デイサービス (週 回)					
<input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 介護： (週 回) <input type="checkbox"/> 看護： (週 回)					
<input type="checkbox"/> 居宅サービス <input type="checkbox"/> ショート・ステイ： (週 回)					
<input type="checkbox"/> 入院中：(病院名：)					
<input type="checkbox"/> 退院勧告： <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている(年 月 日頃迄)					
その他特記事項(認知症の有無や特別な医療、注意事項等、できる限り記入をお願いします)					

※ご記入いただきました個人情報、弊社の入居申し込みにものみ利用させていただきます。