

『ナーシングホーム結いの手本宮』 FAX入居申込書

申込書記入日： 令和 年 月 日

申込者様	フリカ`ナ		入居者様とのご関係	
	氏名			
	住所	(〒)		
	電話番号		携帯番号	

入居予定者様	フリカ`ナ		性別	男性・女性
	氏名		年齢	歳
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	住所	(〒)		
	電話番号		携帯番号	

介護度	<input type="checkbox"/> 新規申請中・変更申請中 <input type="checkbox"/> 要介護度 3・4・5 (要介護度3以上の方が入居の対象になります)
-----	---

担当 ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 事業所名： 担当者名：
----------------	--

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 している・していない <input type="checkbox"/> 病院入院中 病院名： <input type="checkbox"/> 施設(長期)入所中 施設名： <input type="checkbox"/> ショートステイ(短期)入所中 施設名：
-------	---

通院している病院	病院名：	担当医師名：
		主な病名：

医療行為・状況等 ※出来るだけ詳しく お願い致します	<input type="checkbox"/> 認知症なし	
	<input type="checkbox"/> 認知症あり 症状・状態：	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)	<input type="checkbox"/> インスリン注射
	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養管理
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 褥瘡
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 在宅酸素
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍ターミナル	<input type="checkbox"/> 人工肛門
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 神経難病
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

問い合わせ先:電話番号 019-681-2800

申し込み先:FAX番号 019-681-2801

※この書類についての個人情報の取り扱いは、法令及び当法人の規定に基づき適切に管理致します。

※記入により、入居を確約するものではありません。