

『ナーシングホーム結いの手飯岡』 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						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
	住所	(〒)					

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：
-------	---

主病名		
かかりつけ医	病院名：	医師名：
入院前の主治医	病院名：	医師名：
入院中の主治医	病院名：	医師名：

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"/> 癌末期	<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 ()			

お問い合わせ先：電話番号 019-613-9012
 お申し込み先：FAX番号 019-613-9013
 ※この書類についての個人情報の取り扱い、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。