

クローバーハウス駒沢 入居申込書(仮予約)

< 申込者 >

平成 年 月 日

ふりがな			対象者との続柄
氏名			
住所	〒		
電話・FAX・携帯	(電話)	(携帯)	
	(FAX)		
連絡先	自宅・携帯・その他(名称: TEL:)		
どこで当ホームをお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅支援事業所 <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 当社ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 検索サイト() <input type="checkbox"/> その他()		

< 対象者 >

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日
住所	〒			
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 福祉事務所 担当CW ()			
現在入所または入院中の施設	(名称) _____ 電話 _____ 担当ソーシャルワーカー _____			
介護申請	<input type="checkbox"/> 申請済(要介護度) <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 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 _____			
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	主治医	病院	科 Dr
	<input type="checkbox"/> 治療中	主治医	病院	科 Dr
	通院(月 回) 病名()	障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類: / 級)	
医師からの告知病名				
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: アルツハイマー型・脳血管性・その他()			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬物) (食物)			
歩行	自立・一部介助・全介助	補助用具	無 杖 車椅子(自走可 自走不可)	
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 刻み ペースト	
排泄	自立・一部介助・全介助	排泄	無 簡易トイレ 尿器 オムツ	
入居希望日	<input type="checkbox"/> できるだけ早く <input type="checkbox"/> 平成 年 月 上旬 中旬 下旬ごろ			

お申込みは下記番号までファックスでお願いします。

クローバーハウス駒沢 03-3410-1865 (FAX)

お問合わせ・ご相談等は 入居担当 03-3410-1868 高(コウ) までお問合せ下さい。

