

# 木造駅前有料老人ホームずぐり 入居申込書

申込み日            年    月    日

ご入居希望者	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
	〒		電話番号	
要介護度	要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5			
ご 家 族	ふりがな		続 柄	
	氏 名		電話番号	
	〒			
担当居宅介護事業所名		電話番号		
担当ケアマネジャー氏名				
生 活 動 作	食事摂取： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助    服 薬： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入 浴： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助    更 衣： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排 泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助    移 動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
医 療 の 状 況	かかりつけ医療機関		診療科	
	現病・既往症			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養			
介護サービス 利用状況	サービス種類及び回数			
備 考				

※お申し込みの際は、介護保険被保険者証、負担割合証の写しを添付してください。

申込み先◆〒038-3157 つがる市木造宮崎3番1

木造駅前有料老人ホームずぐり

◆ファックス：0173-26-6479    電話：0173-26-6478