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：□自立　□一部介助　□全介助  入　浴：□自立　□一部介助　□全介助  排　泄：□自立　□一部介助　□全介助 | | 服　薬：□自立　□一部介助　□全介助  更　衣：□自立　□一部介助　□全介助  移　動：□自立　□一部介助　□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 | | | | | | |
| □経管栄養　□胃瘻　　□酸素療法　□インスリン自己注射　□ストーマ  □膀胱留置カテーテル　□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