

木造駅前有料老人ホームすぐり・**有料老人ホームあんこ**

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 <u>※介護保険被保険者証の写しを添付してください</u>				
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			
医療の状況	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			
	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					
備考					

申込み先◆〒038-3159 つがる市木造桜川3-6 有料老人ホームあんこ

◆ファックス: 0173-26-5070 電話: 0173-26-5030