

「carna五反田」 利用予約申込書

◀ 小規模多機能型居宅介護 ・ 認知症高齢者グループホーム ▶ …希望するほうに○

平成 年 月 日

【申込者】

氏 名	利用者との関係()
住 所	
電 話	(携 帯)
FAX	

当ホームをどこでお知りになりましたか？

【利用希望者】

ふりがな 氏 名	(歳) 男・女
住 所	
電 話	

(現在の状況)

介護認定度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
在宅の場合	家族と 同居・別居		
入所・入院	施設又は病院名: 電話 : (担当ソーシャルワーカー)		
居宅介護 支援事業所	電話 : (担当ケアマネージャー)		
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	主治医	病院 科
	<input type="checkbox"/> 治療中 通院(月 回) 往診(月 回)	主治医	病院 科
		障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類: / 級)
医師からの 告知病名			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬物) (食物)		
備 考			

お申込みは利用予約担当までFAXにてお願い致します。予約申込書が到着次第ご連絡いたします。

03-5496-0677(FAX番号)

お問合せ:フリーダイヤル 0120-888-905