

「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