

「carna五反田」 利用申込書

◀ 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○

令和 年 月 日

【申込者】

氏名	利用者との関係()		
住所			
電話		(携帯)	
FAX		連絡可能時間帯	時 ~ 時
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	〒 ー 東京都品川区		
電話		(携帯)	
(現在の状況)	家族と 同居・別居		
要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
介護負担割合	()割		
現入所・入院先	施設又は病院名： 電話：		
居宅介護支援事業所	事業所名： 電話： (担当ケアマネジャー)		
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)	主治医	病院 科
	往診(月 回)	障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類: / 級)
既往歴			
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体 <input type="checkbox"/> 前頭側頭葉型 <input type="checkbox"/> その他		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬物) (食物)		
利用希望内容 及び サービス・介護への ご要望等			
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)