

ケアハウス 申込書

申込日: 年 月 日

フリガナ		続柄	連絡先	
申請者氏名			自宅	
住 所			携帯	
フリガナ		性別	生 年 月 日	
入居希望者氏名		男・女	M・T・S	年 月 日
住 所			電話番号	
介護認定: 未認定・申請中・認定済【自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)】				
障害者手帳: 無・有 ⇒ 種 級		障害部位:		
ケアプランセンター名		電話番号		担当介護 支援専門員
ご利用中のサービス				
かかりつけ医	病院名:		病院 主治医: 医師	
	病 名:			
日常生活動作	移 動	独歩・杖・押し車・歩行器・車椅子・不可 / 介助(無・有)		
	詳細:			
	食 事	介助(無・有) / 嚥下困難(無・有) / 制限(無・有⇒)		
	詳細:			
	入 浴	自立・一部介助(入浴の為のサービス利用、見守りを含む)・全介助		
	詳細:			
	排 泄	介助(無・有) / 尿・便意(無・有) / オムツ使用(無・有)		
	詳細:			
現在の状況	着脱衣	自立・一部介助(見守り含む)・全介助		
	詳細:			
医療状況				

ご入居にあたっての注意事項

1. 入居の契約に際し、保証人が二人必要です。
 2. 入居の詳細は、改めて「申請者」の方宛にご案内させていただきます。
- ※受付けた情報(個人情報)は、ご希望者の管理、及び、ご案内の発送や連絡等以外の目的では使用致しません。

どうみょうじ高殿苑 072-936-3515