

特別養護老人ホーム ラック

入 所 申 込 書

申込日 平成 年 月 日

利用者	氏名	フリガナ	男・女	明治 大正 昭和	介護度
				年 月 日生 歳	
	住所	〒			
		TEL () -			
申請者	氏名		印	利用者との続柄	
	住所			TEL	自宅 () -
					携帯 () -
			勤務先 () -		
連絡先	氏名			利用者との続柄	
	住所			TEL	自宅 () -
					携帯 () -
			勤務先 () -		
ケアマネジャー	事業所名	氏名			
生活状況	<input type="checkbox"/> 介護が可能な家族と同居 <input type="checkbox"/> 介護が困難な家族と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者二人暮らし <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ()				
現在の居住状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 (主介護者:) <input type="checkbox"/> 医療機関入院 () 年 月 日から <input type="checkbox"/> 施設入所 () 年 月 日から				
入所希望理由・時期	<input type="checkbox"/> 自宅での生活困難 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 将来的に不安である <input type="checkbox"/> その他 入所時期: <input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> 数年後 <input type="checkbox"/> 将来に備えて				
身体状況 主な疾病	<input type="checkbox"/> 概ね健康 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> 脳梗塞後遺症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 老人性うつ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他				
希望部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> どちらでも空いた部屋に早く入所したい				
特記事項					

記入内容につきましては、社会福祉法人善心会「個人情報に関する基本方針」に基づき管理致します。
 入所に至るまでに時間がかかる場合、身体状況等の確認のため定期的に電話連絡をさせていただきます。
 また、申込内容等に変更があった場合は、或いは申込取消の場合はご連絡頂けますようお願い致します。

送付先 〒503-2306 岐阜県安八郡神戸町大字北一色 10
 社会福祉法人善心会 特別養護老人ホーム ラック
 TEL : 0584-28-1300 FAX : 0584-28-1301