

ご記入日	平成 年 月 日	施設受付担当サイン→	
------	----------	------------	--

ご利用 予定者	ふりがな 利用予定者 お名前	様 () 歳		生年月日	大正・昭和 年 月 日	
	ご住所	〒 -		連絡先 お電話		
	介護度	介護度をお持ちの方		要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		介護保険負担割
		変更申請中・未申請の方		区分変更中 (旧介護度は) 介護保険申請中 (申請日 月 日) 未申請		
		認定期間	平成 年 月 日 ~	居宅名 および 担当ケアマネ		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にいる 同居家族は→ いない ・ いる (誰と同居 :)				
		<input type="checkbox"/> 病院に入院中 → 病院名 :				
		入院日	月 日	退院予定日	月 日	病院担当 (医療相談員)
		<input type="checkbox"/> 他の施設に入院中 → 施設名 :				
	ご病態	治療中の病気			治療中の病気	
主治医				主治医		
通院頻度				通院頻度		
治療中の病気				治療中の病気		
主治医				主治医		
通院頻度				通院頻度		
公費関係	適用・非適用	担当行政名		行政担当者		
ご本人様の 状況	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 移動手段→ 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ その他				
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 胃ろう ・ 経鼻経管栄養 食事形態→ 主食 (ごはん・粥) 副食 (普通・キザミ・ペースト・なめらか)				
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 介助の場合の排泄手段→ ポータブル ・ オムツ ・ バルーンカテーテル				
	認知症状	あり ・ なし 主な症状 : 物忘れ ・ 徘徊 ・ 不潔行為 ・ 暴言/大声 ・ 暴力 ・ その他				
(差し支えなければ、現在のご本人の身体状況、病態、お困りの点など、ご記入ください)						

ご希望 施設	介護付有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> 大岡	<input type="checkbox"/> 岡宮	<input type="checkbox"/> 清水	<input type="checkbox"/> 富士	<input type="checkbox"/> 三ツ倉	
	住宅型有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> ふれあいレジデンス大岡					
	グループホーム	<input type="checkbox"/> 奄美	<input type="checkbox"/> 香貴	<input type="checkbox"/> 黄瀬川	<input type="checkbox"/> 静浦	<input type="checkbox"/> 岡宮	<input type="checkbox"/> 島郷
	小規模多機能ホーム	<input type="checkbox"/> 裾野	<input type="checkbox"/> 稲荷	<input type="checkbox"/> 伏見	<input type="checkbox"/> 船越		
	デイサービス	<input type="checkbox"/> 黄瀬川	<input type="checkbox"/> 岡宮	<input type="checkbox"/> 島郷	<input type="checkbox"/> 伏見		

お申込者 または ご記入者様	ふりがな 申込者 お名前	様		ご入居者様 との続柄	
	ご住所	〒 -			
	お電話番号		携帯電話		FAX

当施設をどちらで知りましたか？	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 病院(医療相談員様)	<input type="checkbox"/> お知り合いから
	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 新聞/広告	<input type="checkbox"/> その他

グループ全体の空室情報などのお問い合わせ窓口は…

**ウェルビーイング
在宅支援センターふれあい**

〒410-0022 静岡県沼津市大岡2262-4
 電話 : 055-926-1800 FAX : 055-926-1802
 本社 広報・入居相談室 落合奈緒

