

地域密着型小規模多機能ホーム りんどう

登録申込書

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	年 月 日	日生 歳	介護度
	住所	〒 岐阜県安八郡 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						
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						
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。  
 申込内容に変更があった場合、或いは申込取消の場合はご連絡いただきますようお願い致します。

〒503-2306 岐阜県安八郡神戸町大字北一色字別当野 555-1  
 社会福祉法人善心会 小規模多機能ホーム りんどう  
 TEL : 0584-27-1130 FAX : 0584-27-1131