

介護付有料老人ホームよつば 入居申込書について

この度は、介護付有料老人ホームよつばへお問合せをいただきありがとうございます。
お申し込みの際に提出していただく書類は、添付しております以下の2枚となります。

❁ 介護付有料老人ホームよつば 入居申込書

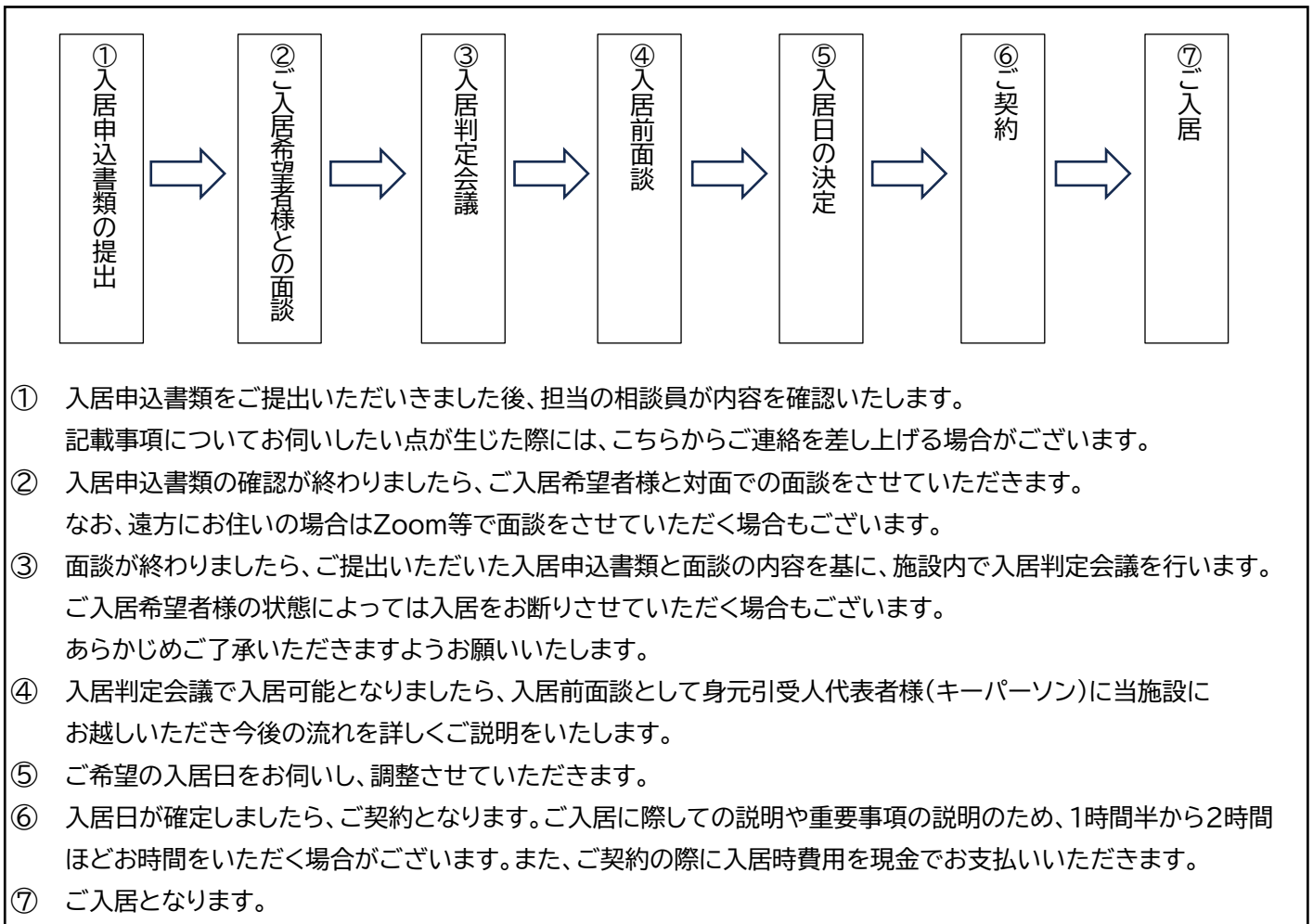
❁ ご入居申込者様 状況申告書

項目が多く大変恐縮ではございますが、ご入居に際してのとても大切な書類となります。

大変お手数ではございますが、全てご記入の上、施設にご提出をお願いいたします。

なお、状況申告書内の「お薬」につきましては、お薬手帳のコピーを添えていただければご記入は不要です。

また、今後の流れとしましては、以下の通りとなります。



ご不明な点等ございましたら、ご遠慮なくお問合せください。
皆様からのお申込み、お待ちしております。

介護付有料老人ホームよつば 入居申込書

申込日	年 月 日
受付者	

ご入居希望者様の情報	ふりがな		性別	生年月日		年齢
	氏名	様	男・女	大正 昭和	年 月 日	歳
	連絡先	住所			電話番号	
	主治医	医療機関名			電話番号	医師名
	介護支援 専門員	事業所名			電話番号	担当者名
	介護保険	被保険者番号	要介護度	負担割合	有効期限	
				割	年 月 日 ~ 年 月 日	
	助成制度	原子爆弾被爆者に対する援護		障害者手帳		その他の助成
		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 第二種健康診断特例区域医療受給者証 <input type="checkbox"/> 被爆体験者精神医療受給者証 <input type="checkbox"/> 第二種健康診断受診者証 <input type="checkbox"/> その他:		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 身体障害(級) <input type="checkbox"/> 精神障害(級) <input type="checkbox"/> 知的障害(級)		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 福祉医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 (精神通院・更生医療)
		現在の居住地	<input type="checkbox"/> 自宅・家族宅・身内宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院	名称		

身元引受人様の情報(※2名様以上)	代表者様氏名	続柄	電話番号	
	様		※ 緊急時連絡先	
	ご住所	LINE		就労・介護等の有無
	〒	<input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 介護や育児をしている
	ご連絡を差し上げる際にご都合が悪い時間帯や曜日があればご記入ください			
	身元引受人様氏名	続柄	電話番号	
2	様		※ 緊急時連絡先	
3	様		※ 緊急時連絡先	

ご入居申込者様 状況申告書

< ご入居希望者様の現在の状況をご記入ください >

入居理由	当施設に入居をご希望される理由をお聞かせください				
	特別な医療的対応				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患・褥瘡の処置()		
	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 骨折後の処置(プレート等)		
	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 透析		
	<input type="checkbox"/> その他特別な医療処置等()				
	現在治療中の病気等		お薬	医療機関名	
	◆お薬手帳や薬剤情報提供書があればコピーを添付してください。その場合こちらの「お薬」欄の記入は不要です◆				
感染症					
<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> 梅毒		
<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> MASA	<input type="checkbox"/> 疥癬	<input type="checkbox"/> その他()		
アレルギー					
<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 食物()	<input type="checkbox"/> 薬物()	<input type="checkbox"/> その他()		

