

受付表

介護付 有料老人ホーム
憩いの里・大垣

受付日	令和 年 月 日
-----	----------

[申込 ・ 検討中]

ご利用者	フリガナ		性別		明治			
	氏名		男・女		大正	年	月	日 (才)
	現住所		電話番号		-		-	
ご家族	氏名	(続柄:)	電話番号		-		-	
	現住所		携帯電話		-		-	

該当する欄にチェック又は記入して下さい。	要介護認定	非認定 要支援 (1・2)		要介護度 (1・2・3・4・5)				
	病状				かかりつけ医 (病院名、 科名、 担当医)			
	歩行	<input type="checkbox"/> 介助の必要なし <input type="checkbox"/> 補助具が必要 (杖・歩行器・車イス) <input type="checkbox"/> 一部介助、または見守っていないと、転んだりフラフラする。						
	排泄	尿	尿意 … あり ・ なし					
			<input type="checkbox"/> トイレ・ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ					
		便	尿意 … あり ・ なし					
	<input type="checkbox"/> トイレ・ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ							
	食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 (全粥・雑炊) <input type="checkbox"/> 減塩食等 (糖尿・高血圧等) <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー						
利用施設	①							
	②							
	③							
担当ケアマネ	電話番号 - -							

入所希望日	<input type="checkbox"/> できるだけ早く <input type="checkbox"/> 月 日 頃
-------	---

当施設を、どこでお知りになりましたか (紹介 [] ・新聞・雑誌・HP・ポータルサイト)

特記事項