

入居希望者受付票

記入者

受付日 年 月 日

入居をご希望される方	氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日																
							満 歳															
	住所	〒 -				電話	(ご自宅) - -															
		現在居住している住所				電話	(連絡先) - -															
		生活保護扶助受給の有無 (受 給 ・ 非受給)																				
ご家族等	氏名	ふりがな	続柄																			
住所	〒 -				電話	(ご自宅) - -																
						(連絡先) - -																
<p>1. 入居希望建物名 ()</p> <p>2. 入居希望日 (年 月 日 ~)</p> <p>3. 医療機関及び主治医 (医療機関) (主治医)</p> <p>4. 医療機関にかかる日数 (月 回 ・ 週 回)</p> <p>5. 既往症 ()</p> <p>6. ケアプラン担当事業所 (事業所名) (担当者名)</p> <p>7. 現在ご利用の介護サービスをご記入下さい ()</p> <p>8. 入居後にご利用したい訪問介護サービスをご記入下さい</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 排泄介助</td> <td><input type="checkbox"/> バイタルチェック</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 入浴介助</td> <td><input type="checkbox"/> 更衣・整容・整髪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 清拭</td> <td><input type="checkbox"/> 掃除</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口腔ケア</td> <td><input type="checkbox"/> 洗濯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 移乗・移動</td> <td><input type="checkbox"/> 買物代行</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食事介助</td> <td><input type="checkbox"/> 薬受け取り</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 特殊調理(刻み・ミキサー・特別食)</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 服薬・点眼・塗布・貼付</td> <td>()</td> </tr> </table> <p>9. 趣味・嗜好</p> <p>10. その他</p>							<input type="checkbox"/> 排泄介助	<input type="checkbox"/> バイタルチェック	<input type="checkbox"/> 入浴介助	<input type="checkbox"/> 更衣・整容・整髪	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 移乗・移動	<input type="checkbox"/> 買物代行	<input type="checkbox"/> 食事介助	<input type="checkbox"/> 薬受け取り	<input type="checkbox"/> 特殊調理(刻み・ミキサー・特別食)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 服薬・点眼・塗布・貼付	()
<input type="checkbox"/> 排泄介助	<input type="checkbox"/> バイタルチェック																					
<input type="checkbox"/> 入浴介助	<input type="checkbox"/> 更衣・整容・整髪																					
<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 掃除																					
<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 洗濯																					
<input type="checkbox"/> 移乗・移動	<input type="checkbox"/> 買物代行																					
<input type="checkbox"/> 食事介助	<input type="checkbox"/> 薬受け取り																					
<input type="checkbox"/> 特殊調理(刻み・ミキサー・特別食)	<input type="checkbox"/> その他																					
<input type="checkbox"/> 服薬・点眼・塗布・貼付	()																					
						特定非営利活動法人(NPO)ラ・シャリテ 事務局:青森市第二問屋町3丁目3番31号 TEL(フリーダイヤル) 0120-934-741 FAX 017-762-2357 担当:																

相談内容	
------	--