

[利用申込書]



ラ・ソラー*みのお駅前

◆ご利用を希望される方◆

申込日： 平成 年 月 日

| | | |
|-----------|--|--------------|
| フリガナ | | 明・大・昭 年 月 日生 |
| お名前 | | 男・女 (歳) |
| ご住所 | 〒 - | |
| ご連絡先 | () - | |
| 現在の状況 | ご自宅 ・ 施設(老健・特養・有料・その他()) ・ 病院 | |
| 介護度 | 申請中 ・ 要支援 1 ・ 2 ・ 要介護(1・2・3・4・5) 認定日：平成 年 月 日 | |
| 居宅介護支援事業所 | 事業所名 | (担当：) |
| | 住所 | Tel：() - |

◆ご家族様連絡先◆

| | |
|------|--------------|
| フリガナ | |
| お名前 | 続柄() 年齢(歳) |
| ご住所 | 〒 - |
| ご連絡先 | 自宅：() - |
| | 携帯：() - |

| | |
|--------|---------------------|
| 入居希望時期 | 平成 年 月 ごろから入居を考えている |
| 利用の目的 | |

下記に該当する項目に☑をしていただき、担当者もしくは下記ファックス番号宛にお送りください。

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | サービス付き 高齢者向け住宅 (平成 年 月 日から・今すぐ) 入居希望 |
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護 □ 訪問介護事業所 アケソニアケアセンター □ 他の訪問介護事業所() |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護 □ 訪問看護事業所 ナーストラスト □ 他の訪問看護事業所() |
| <input type="checkbox"/> | 訪問リハビリテーション 週 回程度希望/(希望日：月・火・水・木・金・土・日) |
| <input type="checkbox"/> | 通所介護 (マンマン) 週 回程度希望/(希望日：月・火・水・木・金) □ その他の通所介護 |
| 注 | ・訪問看護はDrの指示により開始となります。介護保険・医療保険を状況に合わせて使用します ・訪問リハビリテーション・通所介護等は介護保険の範囲での利用になりますのでご希望に添いかねることもあります |
| | ご希望等ございましたらご記入ください |
| | その他： |

電話 : 072-721-4165 FAX : 072-721-3765