

[入居申込書]



● ご入居を希望される方 ●

ご記入日：平成 年 月 日

フリガナ		明・大・昭 年 月 日生 男・女 (歳)
お名前		
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		続柄 () 年齢 (歳)
お名前		
ご住所	〒 —	
ご連絡先	自宅: ()	—
	携帯: ()	—

入居希望時期	平成 年 月 日 こ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FAX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	<input type="checkbox"/> 訪問介護事業所 アケソニアケアセンター <input type="checkbox"/> 他の訪問介護事業所 ()
<input type="checkbox"/>	訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ナーストラスト <input type="checkbox"/> 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(リゾール)	週 回程度希望 / (希望日:月・火・水・木・金・土・日)
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	
	その他:	