申込み日：平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　申　込　書 | | | | | |
| 内容 | □　シルバーコート新町　　□　デイサービス　□　訪問介護　　□　その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 対  象  者 | （フリガナ）  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　様 | | 生年月日 | | 大・昭　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | | 連　絡　先 | | |
| 要介護度 | 非該当　　　・　申請中  要支援（　１　　・　　　２　）  要介護（１・２・３・４・５） | 居宅事業所名 | |  |
| 担当者名 | | 様 |
| 現在の居所 | 独居　　・　　家族同居　　・　　施設等医療機関等（名称：　　　　　　　　　）  　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 本人の意向 | □　見学及び相談のみ　　　□　利用希望する　　　□　今後検討する | | | |
| かかりつけ  病院 |  | | 既往歴及び  疾患名 |  |
| 医療処置 | 経管栄養・胃ろう・中心静脈栄養・カテーテル・人工肛門・インスリン注射・人工透析  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 心身状況 | □　麻痺（程度：　　　　　　　　　）　□　認知症（程度：　　　　　　　　　）  □　歩行（程度：　　　　　　　　　　）　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 申  込  者 | （フリガナ）  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　様 | | ご関係 | | 対象者本人　・　他（　　　　　） |
| 住　所 | | 連　絡　先 | | |
| 備  考 | （ご不明な点・確認したいことなど、自由にご記入ください。） | | | | |

医療法人雅会　住宅型有料老人ホーム　シルバーコート新町

送付先　　【ＦＡＸ：０９８３－３５－３４０６】　まで