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