

(入所相談) お問い合わせ用紙

※印は必ず入力をお願いいたします

FAX番号【 0172-33-1147 】

□は✓を入れてください

ご記入のうえ、FAXにてお送りいただくか、当施設までご持参ください。

入所を希望される方	氏名	※	様
年齢	※	歳	
生年月日	※	□大正 □昭和	年 月 日
性別	※	□男 □女	
自宅住所	※	〒	
現在居住場所	□自宅 □施設	施設名 ()	
	□病院入院中 ()		
医療保険	※	□国保 □社保 □後期高齢 □生活保護	
介護保険	※		
□未申請 □申請中 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5			
治療中の病気			
既往歴			
医療処置			
□点滴 □酸素吸入 □褥瘡処置 □経管栄養 □喀痰吸引 □膀胱留置カテーテル			
□インスリン注射あり □疼痛管理 □ペースメーカーあり □ターミナル			
身体機能障害			
□麻痺 □四肢麻痺 □失語症 □構音障害 □嚥下障害 □認知症 □視力障害			
□特になし			
申し込み記入された方のご連絡先等について	※		
氏名	様	続柄	
電話番号			
住所	〒		
連絡可能時間	□平日 □午前	:	□午後 :
◎内容確認したのち、後日施設担当者よりご連絡いたします。 施設からの折り返しのご連絡は平日9：00～17：30の間になります。			

その他自由記入欄

個人情報の取り扱いについて

本用紙にてお預かりした個人情報は、入所に関する手続きやサービス提供のための検討、およびご連絡のため以外には使用せず、適切に取り扱います。