

入居希望者受付票

受付日 平成 年 月 日

入居をご希望される方	氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
							満 歳
	住所	〒 -				電話	(ご自宅) - -
		現在居住している住所					(連絡先) - -
					介護度		
ご家族等	氏名	ふりがな	続柄	/			
住所	〒 -				電話	(ご自宅) - -	
						(連絡先) - -	

1. 入居希望パシヨン名 (シニアパシヨン【 】)
2. 入居希望日 (平成 年 月 日 ~)
3. 医療機関及び主治医 (医療機関)
(主治医)
4. 医療機関にかかる日数 (月 回 ・ 週 回)
5. 既往症 ()
6. ケアプラン担当事業所 (事業所名)
(担当者名)
7. 現在ご利用の介護サービスをご記入下さい
()
8. 入居後にご利用したい訪問介護サービスをご記入下さい

<input type="checkbox"/> 排泄介助	<input type="checkbox"/> バイタルチェック
<input type="checkbox"/> 入浴介助	<input type="checkbox"/> 更衣・整容・整髪
<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 掃除
<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 洗濯
<input type="checkbox"/> 移乗・移動	<input type="checkbox"/> 買物代行
<input type="checkbox"/> 食事介助	<input type="checkbox"/> 薬受け取り
<input type="checkbox"/> 特殊調理(刻み・ミキサー・特別食)	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 服薬・点眼・塗布・貼付	()
9. その他

特定非営利活動法人(NPO)ラ・シャリテ
 事務局:青森市第二問屋町3丁目3番31号
 電話 フリーダイヤル 0120-934-741
 FAX 017-762-2357

ra_syarite@yahoo.co.jp