

首都圏有料老人ホーム紹介センター お問い合わせ表

FAX 03-5933-3651 TEL 0120-46-5048 平成 年 月 日

下記におわかりになる範囲でご記入の上、当センターまでファックス又は郵送にてお送り下さい。

ご紹介者様		ご担当者名		電話 - -	
ご本人様	(ふりがな) 氏名	生年月日	M・T・S 年 月 日		
	住所〒	性別	男・女	年齢	才
ご記入者様	ふりがな お名前	ご連絡先 TEL FAX		ご本人様から みた ご関係	
	住所〒	ご連絡先 TEL FAX 携帯			

有料老人ホーム等の紹介希望	平成 年 月 日 時頃 _____ に来て欲しい 平成 年 月 日 時頃 電話してほしい。来所したい。
ご予算	入居一時金 万円位 費用月額 万円位(1割負担含む)
ご希望地域	
ご入所時期	至急・3ヶ月以内・6ヶ月以内・検討中
入居形態	終身・ミドル・ショート
その他ご連絡事項	入所希望日 平成 年 月 日から平成 年 月 日 ご連絡事項

身 体 の 状 況	要介護度	自立 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未
	移動(歩行)	自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助 ()
	食事	自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助 ()
	食事形態	普通 ・ お粥 ・ きざみ食 ・ その他 ()
	排泄	自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助 ()
	おむつ	不要 ・ 必要
	入浴	自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助 ()
精 神	性格	温厚 ・ その他 ()
	対人関係	否定的 ・ 普通
	精神状態	正常 ・ 認知症 ・ 障害あり ()
	問題行動	
	医療行為等	胃ろう、経管栄養、人工肛門、尿バルーン、インシュリン、透析、()
健 康	健康状態	通院治療中の病名 () 病院名 () 主治医 () 最近5年間にかかったご病気 ()
	手術歴	なし ・ あり
身体障害		なし・あり(部位)手帳なし ・ あり 種 級)