

FAX 072-239-1167 ※ホームページからも相談可能です。

医療法人浩仁会 住宅型有料老人ホーム
『オリーブの樹』

お問い合わせ・入居相談シート

記入日 令和 年 月 日

記入者氏名 _____ ご本人との続柄 _____

記入者連絡先 〒 _____

電話番号 _____ 希望連絡時間帯 _____

※担当者より折り返しご連絡させていただきます

フリガナ		性別	生年月日
氏名 (イニシャル可)		男・女	M T S 年 月 日
住所 (番地省略可)	〒 _____		
介護保険認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
認定有効期間	令和 年 月 日まで	生計	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 施設 ()		
現在、お手伝いが必要なもの	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 物品整理・管理 <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療面の状態	<input type="checkbox"/> インシュリン (回/日) <input type="checkbox"/> ストーマ・人工肛門 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 (頻度 ~ 回/日) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿バルーン <input type="checkbox"/> 鼻腔経管 <input type="checkbox"/> その他 () ※受け入れに向けて相談させていただきます。診療情報提供書(及び看護サマリー)の確認・面談等の上、対応可否の最終判断を行います。		
認知症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> やや支障あり <input type="checkbox"/> 支障あり)		
入居検討時期	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 時期未定 (理由)		
施設見学希望	第一希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分の間 第二希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分の間		
ご不明な点や ご入居された際 のご希望等			