

FAX 072-236-3639 ※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<br>(イニシャル可)                |   | 男・女                     | M T S<br>年 月 日  |
| 住所<br>(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<br>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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿バルーン <input type="checkbox"/> 鼻腔経管 <input type="checkbox"/> 在宅酸素<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※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<br><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<br>(見学開始<br>R3.11.11~) | 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<br>ご入居された際<br>のご希望等    |   |                         |   |