

お客様アンケートシート

日本老人ホーム紹介センター宛

FAX : 06-6348-5165

分かる範囲でご記載の上、上記までファックスくださいますようお願い致します。

事業所名		ご担当者さま氏名		様
事業所住所	〒			
電話番号		FAX		
携帯電話		メール		

ご入居予定者氏名		様 (歳)	性別	男性・女性
現在のお住まい	同居・独居・入院中・施設入所中	生年月日	年	月 日生まれ
入院・入所先		お住まいのエリア		
要介護度	自立・要支援・1・2・3・4・5・介護認定申請中・区分変更中			
キーパーソン	続柄 ()	様		
備考				

現在の身体状況について	医療的ケアについて				既往歴（傷病名）	
	ペースメーカー	尿バルーン	疥癬	気管切開		
	インシュリン	IVH	肝炎	HIV		
	たん吸引	ALS	結核	MRSA		
	ストマ	床ずれ	透析	その他		
	胃ろう	鼻腔経管	在宅酸素			
	日常生活動作について					
	歩行		食事		入浴	
	トイレ		着替え		認知症	
	備考					

ご予算	入居金	月額	生活保護受給
			有・無
ご希望エリア		保証人	有・無
入居ご希望時期		退院予定日	