

## 入居問い合わせシート

<b>問合せ日</b>	年 月 日 ( )					
<b>利用希望</b>	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム入所		<input type="checkbox"/> 空床ショート		<input type="checkbox"/> 空床ロングショート	
<b>相談者</b>	<b>フリガナ氏名</b>	様		<b>本人との関係</b>	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> SW <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> その他	
	<b>連絡先</b>	(自宅)			(携帯)	
	<b>住所</b>	〒 _____				
<b>入居希望者</b>	<b>フリガナ氏名</b>	様		<b>性別</b>	<b>年齢</b>	
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	
	<b>心身状態</b>	①	②		③	
	<b>介護度</b>	<input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 ( <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 ) <input type="checkbox"/> 不明				
	<b>減免</b>	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階(1) <input type="checkbox"/> 3段階(2) <input type="checkbox"/> 無し		<b>負担割合</b>	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	<b>入居希望時期</b>	<input type="checkbox"/> 急ぎ (1ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 1~2ヶ月後 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 将来的				
<b>医療行為</b>	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他					
<b>施設選びのポイント</b>	<input type="checkbox"/> 介護重視 <input type="checkbox"/> 医療重視 <input type="checkbox"/> 生活重視 <input type="checkbox"/> リハビリ重視 <input type="checkbox"/> その他					
<b>【備考欄】</b>						
<b>系列施設への紹介</b>			<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			