

入居問い合わせシート

問合せ日	年 月 日 ()					
利用希望	<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	
相談者	フリガナ氏名	様		本人との関係	<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	
	連絡先	(自宅)			(携帯)	
	住所	〒 _____				
入居希望者	フリガナ氏名	様		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
				年齢	歳	
	心身状態	①	②		③	
	介護度	<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				
	減免	<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		負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	入居希望時期	<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				
医療行為	<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					
施設選びのポイント	<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					
【備考欄】						
<div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div>						
系列施設への紹介		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				