ケアハウスハーブガーデン新十津川　入居相談

＊ご相談される方の氏名等をご記入ください。

フリガナ		続柄	
相談者名			
住所		電話番号	（　　） －

＊入居をご希望されている方についてお伺い致します。

フリガナ		男・女	生年月日 明・大・昭　　年 月　　日（　　歳）
入居希望者名			
住所		電話番号	（　　） －

現在はどちらにお住まいですか？	□自宅　□病院（施設）【　　】
自宅にお住まいの方： 同居されている方はいますか？	□いる（　　）　□独居

現在、介護保険認定を受けていますか？

□受けている　（　介護度：　　）　□受けていない

介護保険認定を受けている方のみ、お答えください。

□介護サービスを利用している　□利用していない

サービス内容は何ですか？

□デイサービス　□訪問介護　□福祉用具　□訪問看護　□その他（　　）

＜入居希望の方の身体状況等について伺います＞

①歩行は何も使用しないで、お一人でできますか？

□できる　□補助があれば　（　杖　・　手押し車　・　歩行器　・　車イス　）

②病院受診はお一人でできますか？

□できる　□家族等　（　お一人で利用できる交通手段：　　）

③お薬の管理はどなたがされていますか？

□本人　□家族等　□介護サービスにて

④入浴はお一人でできますか？

□できる　□介護サービスにて

認知面・疾病等について何かあればお知らせください。

※後日、入居担当者（生活相談員）よりご相談者さまの連絡先へお電話致します。
ご都合の良い時間帯があればご記入ください。

この相談票に必要事項をすべてご記入のうえ、ＦＡＸまたはＥメールにてお送りください。

ＦＡＸ　０１２５－７６－４８７７　　Ｅメール　herbg@maywakai.or.jp