

お問い合わせ・ご入居相談シート

コンフォートフィオーレ木場公園

コンフォートフィオーレ綾瀬

コンフォートフィオーレ船橋

ご希望の施設に
○をつけてください。

記入者氏名 _____ ご本人様との続柄 () 記入日 _____ 年 月 日

記入者 〒 _____ 電話 ()
連絡先 _____ 携帯電話 ()

ふりがな		性別	生年月日	M T S 年 月 日
ご本人様氏名		男・女		
住所	〒 _____			
介護保険被保険者番号		認定有効期間	平成 年 月 日まで	
認定情報	要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5			
疾病等の状況	ふりがな		診断名(病名)	
	主治医氏名			
	医療機関名		投薬名	
医療等の必要性	感染症(有 無) 尿道カテーテル 人工肛門 膀胱ろう 在宅酸素 インシュリン注射 血糖値測定 人工透析 経管栄養(胃ろう 腸ろう 経鼻栄養 食道ろう) 褥瘡(有 無) その他()			
認知症の有無	有 _____ 無 _____ 病名 _____			
ご本人様の状況	現在の居場所(丸をつけてください)		現在お手伝いが必要なこと(丸をつけてください:複数可)	
	自宅 病院 施設 その他 (自宅以外の場合、居場所の名称を記入)	トイレ 歩行 調理 食事 着替え 入浴 服薬 金銭管理 掃除 買い物		
その他	※その他特別な事、ご不明な点、ご入居された際のご希望等ありましたらご記入ください。			