

メディカルケアホームナースケア申込書(住宅型有料老人ホーム)

受付日 令和 年 月 日

下記のとおり、入居を申し込みます。

| | | |
|--------|-----------------|-------------------------|
| 希望施設 | メディカルケアホームナースケア | メディカルケアホームナースケアぷらす |
| 入所希望時期 | 令和 年 月 頃 | 【具体的なご要望がありましたらご記入ください】 |

| | | | | |
|-----|------|---|--------------|--|
| 申込者 | ふりがな | 〒 | | |
| | ご住所 | | | |
| | ふりがな | | 入居者とのご関係(続柄) | |
| | ご氏名 | Ⓜ | | |
| | 電話番号 | | 携帯番号 | |

| | | | | | | | | |
|--------------------|------|-----------|------|------------|-----|-----------------|----|-----|
| 入居者 | ふりがな | 〒 | | | | | | |
| | ご住所 | | | | | | | |
| | ふりがな | | 生年月日 | | 介護度 | | | |
| | ご氏名 | Ⓜ | 明大昭 | 年 月 日 (歳) | | | | |
| | 既往歴 | 時期 | 病名 | 病院名 | 担当医 | 現況 | | |
| | | | | | | 完治・治療中・経過観察・() | | |
| | | | | | | 完治・治療中・経過観察・() | | |
| | | | | | | 完治・治療中・経過観察・() | | |
| | 入院歴 | | | | 手術歴 | 平 | 服薬 | 有・無 |
| | 食事 | アレルギー () | | | | | | |
| 他に要望等がありましたらご記入下さい | | | | | | | | |

※欄は記入しないでください。

| | |
|-----|-----|
| ※備考 | ※受付 |
|-----|-----|

メディカルケアホームナースケア 〒780-0843 高知市廿代町15-31
 メディカルケアホームナースケアぷらす 〒781-0270 高知市長浜1345番地3
 * FAX: 088-855-8306 左記FAXにて申し込み相談可能。気軽にどうぞ