

ふれあいホーム 花  
利用申込書

平成 年 月 日

下記のとおり利用を申し込みます。

利 用 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 才 )
	現住所	TEL
	入院入所中 の療養先	TEL
申 込 者	フリガナ 氏 名	
	続 柄	
	住 所	TEL
	勤務先等 連絡先	TEL

利用者様の状況について						
要介護度	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
担当ケア マネジャ	氏名					
主治医	病医院					先生
主 病	1 ,		2 ,		3 ,	
服 薬 指 導 等						
日常生活 活動状況	歩 行		入 浴		視 力	
	排 泄		着 脱 衣		聴 力	
	食 事		座 位		会 話	
精神状態	認知症状 有 ・ 無					
	問題行動 有 ・ 無					
ラ ン ク	認 知	II a	II b	III a	III b	IV M
	障 害	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1 C 2
備考欄						

受付日 平成 年 月 日

阿久根市西目 6 2 8 3 - 2  
ふれあいホーム 花 TEL 0996-72-7171