

# 体験利用・体験入居申込書

住宅型有料老人ホーム ハートサービス中川

記入日 平成 年 月 日

フリガナ					性別
氏名					男 女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(年齢 歳)
住所					
連絡先	自宅	— —	携帯	— —	
介護度	自立	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		
* 居宅介護支援事業所			* ケアマネジャー		
<b>緊急時の連絡先</b>					
第一連絡先	氏名				続柄
	住所				
	自宅	— —	携帯	— —	
救急搬送先 (希望)					
<b>身体状況等</b>					
主疾患					
既往歴					
麻痺	無 有	( 部位 : )			
服薬	無 有	* お薬手帳等、薬の内容が分かるものをご確認させていただきます。			
お食事について	食物アレルギー	無 有	( 禁止物 : )		
	服薬の関係	納豆・グレープフルーツ・その他( )			
	食べられない物				
	大きさ	ふつう ・ 一口大 ・ きざみ			
聴力について	支障なし	聞こえづらい	補聴器を使用	( 右・左・両方 )	
視力について	支障なし	見えづらい	眼鏡を使用	コンタクトを使用	
移動について	独歩	杖	シルバーカー	歩行器	車いす