

# ハートビレッジ東野・ハートホーム東野 入居申込書

平成 年 月 日

利用者名	ふりがな		男・女	生年月日 M・T・S (満 歳)	年 月 日
住所	〒 TEL ( ) —				
連絡先	氏名	続柄	自宅電話 ( ) —		
	住所		携帯電話 ( ) —		
現在の状況	自宅	かかりつけ病院名		病名	
	入院中	病院名		病名	
	他施設入所中	施設名		病名	
	退院めど	有( ) 頃・無		退所めど 有( ) 頃・無	
入居希望日	年 月 日	経管栄養	経鼻・胃瘻		
特別な処置	無 有	インシュリン注射・在宅酸素・褥瘡の処置・疼痛の看護・人工肛門			
		カテーテル留置・その他			
内服	無 有				
介護度	要支援	要介護	1 2 3 4 5	有効期限	年 月 日～ 年 月 日
主治医	病院名	TEL ( ) —			
	担当医師	FAX ( ) —			
居宅介護支援事業所	TEL ( ) —				
	FAX ( ) —				
担当介護支援専門員					
今回の入居	了解しました		後日連絡します		
連絡事項					
福祉医療費受給者証(重)	有	無		医療法人 恵雄会 ハートホーム東野 ・ ハートビレッジ東野	
身体障害者手帳	有( ) 級	無		TEL 0573-25-8853 FAX 0573-25-0997	

※めどがつきましたらご連絡下さい