



「ウィズグループ」入居申込書

受付担当者

申込年月日 平成 年 月 日

入居予定者	ふりがな 氏名		要支援 : 1・2 性別 : 男・女 要介護度 : 1・2・3・4・5 生年月日 : 〇〇・〇〇・〇〇 年 月 日
	住所	〒	
	電話番号		
申込者	氏名		続柄 ()
	住所	〒	
	電話番号		
入居を希望する事業所 (複数申し込み可)		筑摩・村井・豊科・塩尻・諏訪・茅野・安曇野	
特 記 事 項	◆入居希望者の心身状況・家族状況など◆		

◆施設職員記入欄◆			
居住場所 : <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 _____ <input type="checkbox"/> 退院予定日 : _____			
食 事 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう			
排 泄 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
移 動 : <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
医療行為 : <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう			
人工透析 : <input type="checkbox"/> 受けている (医療機関名 _____)			
生活保護 : <input type="checkbox"/> 受けている (担当者氏名 _____)			
主 治 医 : 医療機関名 : _____ 主治医 : _____			
ケアマネ : 事業所名 : _____ 担当者 : _____			

※ 介護保険証・健康保険証の写しを添付し返信お願いいたします。