

住宅型有料老人ホーム「ねこの手 まごの手」 ご相談チェックシート

イニシャル可 氏名		住所	
年齢	歳		<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 都営

紹介先	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Fa 担当者名：_____	HP・SW	病院
生活保護	<input type="checkbox"/> 有※下欄記入 <input type="checkbox"/> 無	疾患名	
1 市区町村 CW名：_____		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心房細動	
2 市区町村が他市の住宅型有料ホームへの入居を許可しているかどうか <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 認知症（軽・中・重）	
身より	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 他難病（_____）	
契約書等記入者		障害手帳	<input type="checkbox"/> ある（_____級） <input type="checkbox"/> なし
K.P		医療行為	
資力	<input type="checkbox"/> 貯金 <input type="checkbox"/> 年金 （_____万円程）	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 尿バルーン	
介護度	1 2 3 4 5 区分変更中	<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 他（_____）	
介護負担割合	1割 2割 3割	アセスメント 該当箇所に○してください	
滞納金、未払い金等	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	歩行	杖 車いす 寝たきり
希望入所日程	<input type="checkbox"/> 急ぎ <input type="checkbox"/> _____ヵ月内希望	食事	自己 介助 経口摂取不能
		服薬	自己 介助 経口摂取不能
		排泄	自己 リハパン オムツ
		問題行動	全般拒否 暴言 暴力 セクシャル 放尿 放便 夜間不眠 徘徊

どなたが施設を探していますか？	
身寄りがいない方の場合、当社入所の打診を役所に確認済でしょうか？	
転施設を探していることを、現在のSW様はご存知でしょうか？	
ご家族様への説明・確認（金額や当施設への距離等）はお済ですか？	

備考欄	
------------	--

上記情報を記入の上で 042-569-8893 までFAXください

お電話でのお問い合わせ先 TEL：042-516-8373