

PDハウス( ) ※ご希望施設名を記入ください。  
入居申込書

管理者 宛

お申し込み日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		
お名前		男 女	明・大・昭	年	月 日 ( 歳)
ご住所	〒 -				
現在の現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしています <input type="checkbox"/> 老人福祉施設に入居しています <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしています <input type="checkbox"/> 病院に入院しています 施設名または病院名： 令和 年 月頃～ 入居 / 入院 しています 担当相談員 / ソーシャルワーカー： [年金の種類] <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 月額 円				
医療の状況	*かかりつけ医 病院名/診療科： 主治医： 病院名/診療科： 主治医： 病院名/診療科： 主治医： *主病名（いずれかにチェック） <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 進行性核上性麻痺 <input type="checkbox"/> 大脳皮質基底核変性症 *その他現病歴 *ご希望 . . *医療処置 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 24時間点滴 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 吸痰 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
介護の状況	[要介護度： ] ■ 特定疾患医療受給者証の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無 ■ 身体障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 級 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無 ■ ホーエン・ヤールの重症度分類 ( ) 度 ■生活機能障害度 ( ) 度 *担当ケアマネージャー/連絡先 ( /事業所： 電話： ) *利用中または利用したことがある介護サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
お申し込み状況	<input type="checkbox"/> PDハウスに申し込む ( <input type="checkbox"/> すぐにでも入居希望 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃の入居希望 ) <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込みをしている、または申し込む予定 ( 施設名 ) <input type="checkbox"/> PDハウスに入居しながら、他の施設の入所を待つ予定 ( 施設名 )				
ご連絡先	[お名前] [続柄] [ご住所] [ご連絡先電話番号] ① ご自宅 / 携帯 ( ご連絡可能時間帯 ) ② ご自宅 / 携帯 ( ご連絡可能時間帯 )				