

入居申込書

PDハウス()※ご希望施設名をご記入ください。 ご記入日 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	☐ 自宅で一人暮らしをしています ☐ 老人福祉施設に入居しています							
	☐ 自宅で家族と暮らしています ☐ 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] ☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 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）							
	☐ パーキンソン病 ☐ 進行性核上性麻痺 ☐ 大脳皮質基底核変性症							
	＊その他現病歴				＊ご希望			
	・							
	＊医療処置							
	☐ 胃ろう ☐ 24時間点滴 ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ 吸痰 ☐ インスリン注射 ☐ 在宅酸素 ☐ 透析 ☐ 人工肛門							
	☐ 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 ☐ 有 ☐ 申請中 ☐ 無							
	■ 身体障害者手帳の有無 ☐ 有 級 ☐ 申請中 ☐ 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							
	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ その他（ ）							
お申し込み状況	☐ PDハウスに申し込む（ ☐ すぐにでも入居希望 ☐ 令和 年 月頃の入居希望）							
	☐ 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 ）							
	☐ 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（ ）							

【お申込み先】 郵送・FAX・メールのいずれかの方法でお送りください

宛先：サンウェルズ入居相談室

〒921-8044 石川県金沢市米泉町2丁目76番地1

FAX▶076-259-5013 メール▶swcall@sunwels.jp