

こがケアアベニュー宮ノ陣 入居予約申込書

申込日: 年 月 日

入 居 希 望 者	ふりがな			
	氏名	性別 : 男 ・ 女		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日生 () 歳	
	住所	〒 - 電話番号 : - -		
		<input type="checkbox"/> 自宅		
		<input type="checkbox"/> 施設に入所・入居中	→施設名 ()	
		<input type="checkbox"/> 医療機関に入院中	→医療機関名 ()	
	介護保険	要支援(1 ・ 2) / 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) / 申請中(月 日) / 未申請		
	健康状況	今かかっている病気:		
かかりつけ医療機関:				
必要な医療処置: <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器				
認知機能低下: 有 ・ 無 ※有の場合の症状:()				
コミュニケーション: <input type="checkbox"/> 自己の意志の表現ができる <input type="checkbox"/> 他人の話の内容が理解できる				
入居を希望する理由	例) ・居住環境の事情により十分な介護が困難なため ・介護者がいない など			

ご 希 望 欄	居室	【ご希望の部屋タイプ】 部屋の広さのご希望がある方は <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けて下さい。 (ご希望がない場合は無印で) <p style="text-align: center;">< 新 棟 ></p> <input type="checkbox"/> 18㎡ <input type="checkbox"/> 20㎡ <input type="checkbox"/> 28㎡	※すぐに入居をご希望の方は、既存棟の入居申込も可能です。ただし、空室待ちになります。 <p style="text-align: center;">< 既 存 棟 ></p> <input type="checkbox"/> 18㎡ <input type="checkbox"/> 25㎡ <input type="checkbox"/> 29㎡
	入居時期	2019 年 月頃 ※2019年5月以降入居可能	年 月頃
	その他		

○入居希望者と連絡先が異なる場合にご記入ください

ご 連 絡 先	ふりがな		続柄	
	氏名			
	住所	〒 - 電話番号: - -		

【お問い合わせ先】こがケアアベニュー 担当/福島・阪原・高田

電話:0942-35-2831(直通)

電話:0942-38-2525 FAX:0942-38-2535