

小規模多機能型居宅介護 エクセレント修学院 登録希望申請書

～下記に必要事項をご記入の上、FAXまたは、郵送にてお申込み下さい。到着後、担当者より連絡させていただきます。～

お申込日	平成 年 月 日			
お申込者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒 -		
	電話	()	携帯電話 ()	
	FAX	()		
利用ご希望者	ふりがな		性別	年齢
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳
	住所	〒 -		
	電話	()		
	現況	一人暮らし・同居・病院()・施設()		
	要介護認定	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中		
		有効期限	平成 年 月末まで	
現在のかかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (医療機関名:)			
利用希望時期	平成 年 月 (初旬頃・中旬頃・末日頃) から			
身体状況	お困りの点、ご相談等、差し支えなければご記入下さい。			
	1)移動	①屋外	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	補助具 : 杖・歩行器・車椅子
		②屋内	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	補助具 : 杖・歩行器・車椅子
	2)排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	パット・リハビリパンツ・オムツ	
	3)食事・嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		
	4)着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	5)入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
6)特記事項				
担当ケアマネ	事業所			
	電話	()		
	氏名			

【お手数ですが、お申込みキャンセルの際も、下記までご連絡をお願い致します。】



株式会社エクセレントケアシステム京都支店

〒600-8025 京都市下京区河原町通松原上ル清水町280-1

TEL:075-361-6511 FAX:075-361-6517

ご提供いただいた個人情報について (個人情報とは、該当する情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により個人を識別することができるものを指します)

- ※ お客様よりご提供いただいた氏名・住所などの個人情報は、弊社情報管理責任者のもとに、各施設個人情報管理者が厳重に管理いたします。
- ※ 個人情報は、次の目的の範囲でのみ使用します。
 - ・申込者様および利用者様との業務上のご連絡・ご案内
 - ・利用予定施設との利用調整
 - ・また、原則としてお客様の同意なく第三者に渡すことはございません。
- ※ お客様はお客様ご本人の個人情報について、開示・訂正・削除をご請求いただけます。