

ご見学申込書

保険証・負担割合	医療保険	割
	介護保険	割
	障がい	
	丸福・精神・指定難病	

メディカルホーム ☐ ハート・しんばやし ☐ ハート・ひがしで ☐ 雅・あま ☐ 雅・きよす

お手数ですが下記にご記入をお願いいたします。この用紙を元に様々なことを想定し説明をさせていただきます。

御見学日時	令和	年	月	日	時頃
フリガナ	生年月日				年 月 日
入居検討者様氏名	様			男性 ・ 女性	年齢()歳
入居検討者様ご住所	(〒 -)			血液型 (型)	
フリガナ					
見学者様氏名	様 続柄 ()				
見学者様ご住所	(〒 -)				
見学者様連絡先	ご自宅		携帯番号		
【入居検討者様の現在の状況】					
独居 ・ 夫婦二人暮らし ・ 家族と暮らしている【 人家族 】 ・ 入院中【 病院・担当CW 】					
その他【 】					
要介護認定状況	受けていない ・ 申請中 ・ 区変中 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
介護保険サービス 使用状況	☐ 現在介護保険サービスを受けていない ☐ ケアマネージャー【事業所 担当者 】				
	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ デイサービス ☐ 訪問入浴				
施設選んで 重視していること	☐ 医療体制 ☐ 看護師24時間常駐 ☐ リハビリ体制 ☐ 介護体制 ☐ レクリエーション ☐ 毎月の費用				
	☐ 施設への通いやすさ(交通の便の良さ) ☐ 近隣の商業施設 ☐ 立地 ☐ 施設周辺の静かさ				
	☐ 【他 】				
当施設を 知られたきっかけ	☐ 友人・知人の紹介 ☐ 通りがかり看板等を見て ☐ ホームページやインターネットを見て				
	☐ 病院紹介【病院名: 紹介者: 】				
	☐ ケアマネージャー【事業所名: 紹介者: 】				
	☐ 紹介会社【紹介会社: 担当者: 】 ☐ 包括支援センター【紹介者: 】				
入居希望時期	令和 年 月頃				
	☐ なるべく早く ☐ 退院時期にあわせて【退院予定時期: 月 日頃】 ☐ まだ考えていない ☐ 未定				
	☐ 上記の[まだ考えていない]・[未定]の場合、時期を見て弊社から入居に関する連絡してもよろしいでしょうか？				
見学時に知りたいこと	☐ 介護保険について ☐ 医療保険について ☐ 施設の概要について ☐ 料金体制について ☐ 必要物品等				
	☐ 施設のサービスについて(介護・看護 ・リハビリ) ☐ 緩和医療に関して ☐ ターミナルケア(終末期ケア)に関して				
	☐ 家族が何をすればいいのか ☐ 面会等に関して ☐ 【他 】				

