

受付シート

本日はありがとうございます。以下、ご記入をお願いします。

記入日： 年 月 日() AM・PM :

ご来場者 氏名		住所	〒	—
連絡先	—	事業所名・ 病院名		

《入居ご希望者様について》

氏名	様 (男・女)		生年月日	年 月 日 (歳)
現住所	〒	—	電話番号	— —
要介護度	申請中・要支援()・要介護()・認定なし		生活保護	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中
ご家族様氏名	様(続柄:)		連絡先	— —
入居希望日	月 日 ()			
担当ケアマネ様	事業所名:		ご担当:	
かかりつけ医	病院名:			

■その他、伝えておきたいことがありましたら、ご記入下さい。

既往歴について	
認知症について	
身体的な状況について	
希望・要望等	

《スタッフ記入欄》 担当:

--