

入居照会票

あすなろグループ（株式会社A-plish）
前橋市・吉岡町・玉村町 5施設

FAX送信先

027-226-6370

あすなろ入居相談室 TEL 027-226-6910（平日 9:00～17:00）

24時間受付・翌営業日までにご返信します

1. ご送信元

事業所名 _____ ご担当者名 _____

TEL _____ FAX _____ 送信日 _____

2. ご本人について

フリガナ _____ 性別 ☐ 男 ☐ 女 年齢 _____

お名前 _____ 要介護度 _____

現在のご状況 ☐ ご自宅 ☐ 入院中 ☐ 施設入所中 ☐ その他

3. 必要な医療的ケア（該当するものすべてに✓）

☐ 胃ろう	☐ 経鼻栄養	☐ 吸引	☐ 在宅酸素	☐ インスリン
☐ バルーン	☐ 気管切開	☐ 人工呼吸器	☐ ストマ	☐ 褥瘡
☐ IVH（中心静脈）	☐ 人工透析	☐ ターミナル	☐ ペースメーカー	☐ なし

その他・処置の頻度など _____

4. 感染症・認知症

感染症 ☐ なし ☐ MRSA ☐ 疥癬 ☐ 肝炎 ☐ 梅毒 ☐ 結核（治療済）
☐ 緑膿菌 ☐ HIV

認知症 ☐ なし ☐ あり（自立度： _____ ）

行動・心理症状（BPSD）などの特記事項 _____

5. ご希望

ご希望施設 ☐ どこでも可 ☐ 元総社南 ☐ 吉岡 ☐ 元総社 ☐ 前橋 ☐ 玉村

入居希望時期 _____ 経済状況 ☐ 生活保護 ☐ 年金等 ☐ その他

身元引受人 ☐ あり ☐ なし ☐ 調整中

6. 特記事項・ご相談内容

※以下は当社記入欄

受付日 _____ 担当 _____ 受入可否 _____ ご案内施設 _____

※記載いただいた個人情報は、入居のご相談・ご案内の目的にのみ使用し、ご本人の同意なく第三者に提供することはありません。

※受け入れ可否はご本人の状態・空き状況により判断いたします。まずはお気軽にご相談ください。

<https://a-plish.jp/caremanager.html>