ケアコンプレックス高清水　認知症対応型グループホーム　ご利用者情報書

入居される方	氏　名	（フリガナ） 様
請求書等の送付先	氏　名	（フリガナ） 様　続柄（　　）
	住　所	（フリガナ） （〒　　ー　　）
緊急時連絡先①	氏　名	（フリガナ） 様　続柄（　　）
	電話番号	
緊急時連絡先②	氏　名	（フリガナ） 様　続柄（　　）
	電話番号	
緊急時搬送先	病院または診療所名	
	医 師 名	

家族状況	続　柄	氏　　名	年　齢	職 業・勤 務 先・ＴＥＬ
	配偶者			職業；　勤務先； 勤務先TEL；
				職業；　勤務先； 勤務先TEL；
				職業；　勤務先； 勤務先TEL；
				職業；　勤務先； 勤務先TEL；
				職業；　勤務先； 勤務先TEL；

＊下記について、〇印でお答え下さい。

表　　札	可　・　不可

ブログ・地域版ホーム便り等の顔写真の掲載	可　・　不可

職　歴	
趣味・特技	
食事の好き嫌い（アレルギーを含む）	

＊ご記入された日付　　令和　　年　　月　　日 現在

＊本紙をご記入された方のお名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様（続柄；　　）