

地域密着型介護付有料老人ホーム オレンジ池田 利用申込書

ふりがな			性別			M T S	年	月	日	(歳)
ご利用者氏名			男・女	生年月日						
ご利用者住所	〒 _____ TEL ()									
ふりがな			お申込者住所	〒 _____ TEL ()						
お申込者氏名	続柄()									
ふりがな			ご住所	〒 _____ TEL ()						
その他連絡先	続柄()									
ご利用希望の時期	平成 年 月 日 頃から利用希望									
利用希望の理由及び目的										
これまでにかかれた主な疾患名 及び現在の病状										
要介護区分	申請中・要介護()				認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
居宅介護支援事業所	事業所名				担当ケアマネジャー名					
	TEL	()								
主治医連絡先	医院名				担当医師名					
	TEL	()								
現在の状況	<input type="checkbox"/> ①自宅 (同居者 有・無) <input type="checkbox"/> ②入院中 (入院先 _____) <input type="checkbox"/> ③施設入所中 (施設名 _____) <input type="checkbox"/> ④その他 (_____)									
同居者の状況	氏名	続柄	年齢	連絡先(お勤め先・携帯電話等)						
住宅情報	<input type="checkbox"/> 一戸建て・マンション・ハイツ <input type="checkbox"/> 車いす(有り・無し) <input type="checkbox"/> エレベーター(有り・無し) <input type="checkbox"/> 歩行補助用具 <input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段(有り・無し) (杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー) <input type="checkbox"/> トイレ(和式・洋式・ポータブル) <input type="checkbox"/> その他									

社会福祉法人 恵愛会 地域密着型介護付有料老人ホーム オレンジ池田
 〒563-0023 大阪府池田市井口堂2丁目4-6
 TEL 072-760-0003 FAX 072-760-0303

平成27年9月1日