

地域密着型介護付有料老人ホーム オレンジ池田 体験入居申込書

本人様の情報	フリガナ			生年	明治・大正・昭和		年齢			
	入居者氏名	印	年月日	年	月	日	歳			
	現住所	〒								
	電話番号	自宅		携帯						
	体験希望日	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
	送迎希望	有 (片道・往復)		無し						
	介護保険	自立 / 要支援[1・2] / 要介護度 [1・2・3・4・5]								
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅								
		<input type="checkbox"/> 病院 病院名：			入院日	年	月	日		
		<input type="checkbox"/> 施設 施設名：			入所日	年	月	日		
<input type="checkbox"/> その他：										
病気の状況	現在治療中の病名									
	かかりつけ医療機関									
	今までにかかった病名									
身体状況	食事 (自立・介助必要) 歩行 (自立・杖歩行・車椅子・寝たきり) 排尿・排便 (自立・介助必要・その他()) 入浴 (自立・介助必要) 認知症 (有・無) その他(食物アレルギー等)：									
担当ケアマネジャー様	居宅介護支援事業所名		：	担当	様					
緊急連絡先	フリガナ									
	氏名	印	続柄							
	住所	〒								
	電話番号	自宅		携帯						

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

