特別養護老人ホーム　オレンジ池田　　利用申込書

ふりがな		性別	生年月日	M T S　　年　　月　　日（　　歳）	
利用者氏名		男 ・ 女			
利用者住所	〒 電話　　（　　）				
ふりがな		申込者住所	〒 電話・携帯等　　（　　）		
申込者氏名	続柄（　　）				
希望サービス	①入所	③デイサービス			
	②短期入所	④有料老人ホーム	利用希望時期	今すぐ利用希望 年　月　日から利用希望	
	⑤障がい者グループホーム				
利用希望の理由及び目的					
	主な疾患名 及び病状				
介護保険負担限度額認定証	第1段階　・　第2段階　・　第3段階　・　第4段階				
要介護区分	申請中 ・ 要支援（　　）・ 要介護（　　）		認定の有効期間	年　月　日 ～　年　月　日	
障害程度区分	区分1　・　区分2　・　区分3　・　区分4　・　区分5　・　区分6				
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	①自宅（同居者　有　・　無）　②入院中（入院先　　） ③施設入所中（施設名　　）　④その他（　　）				

同居者の状況	氏名	続柄	年齢	連絡先（勤め先・携帯電話等）

住宅情報	
	○ 一戸建て ・ マンション ・ ハイツ ○ エレベーター（ 有り ・ 無し ） ○ 玄関までに段差・階段（ 有り ・ 無し ） ○ トイレ（ 和式 ・ 洋式 ・ポータブル ） ○ その他
	○ 車いす（ 有り ・ 無し） ○ 歩行補助用具 （ 杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー ）

社会福祉法人　恵愛会　　介護老人福祉施設　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4月1日