

特別養護老人ホーム ココ豊中 利用申込書

申込受付日 西暦 年 月 日

ふりがな			性別	M				
利用者氏名			男・女	T	年	月	日	(歳)
利用者住所	〒							
ふりがな			申込者住所	〒				
申込者氏名	続柄 ()							
希望サービス	<input type="checkbox"/> ショート		利用希望の時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用希望				
				<input type="checkbox"/> 年 月 日から利用希望				
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			
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"/> 自宅(同居者 有・無) <input type="checkbox"/> 入院中(入院先) <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 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)				
退所後の状況	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 1. 自宅 2. その他 () <input type="checkbox"/> 施設 1. 特別養護老人ホーム 2. グループホーム 3. 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 未定							
住宅情報	<input type="checkbox"/> 一戸建て・マンション・ハイツ <input type="checkbox"/> エレベーター (有り・無し) <input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段 (有り・無し) <input type="checkbox"/> トイレ (和式・洋式・ポータブル) <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 車いす (有り・無し) <input type="checkbox"/> 歩行補助用具 (杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー)			

〒561-0893 大阪府豊中市宝山町7-8

特別養護老人ホーム ココ豊中

☎ 06-6858-1060

Fax 06-6858-1062

✉ consult-rococo@kouyukai.jp