

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		生年月日	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"/> 入所		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
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"/> 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"/> 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						

〒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