

特別養護老人ホーム オレンジ池田 利用申込書

特養 ・ ショート

ふりがな			性別	生年月日	T S	年	月	日(歳)
利用者氏名			男 ・ 女					
利用者住所	〒 自宅 () 携帯 ()							
ふりがな			続柄	年齢				
申込者氏名								
申込者住所	〒 自宅 () 携帯 ()							
利用希望の理由及び目的								
介護保険情報	要介護区分			介護保険負担限度額認定証				
	申請中・要支援()・要介護()			第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階				
	介護認定有効期間			負担割合証				
	年 月 日 ~ 年 月 日			1割負担 ・ 2割負担 ・ 3割負担				
居宅介護支援事業所	事業所名			担当ケアマネ				
	TEL							
主治医	病院名			担当医師				
	TEL							
現居所	1.自宅(同居者 有 無) 2.入院中(入院先:) 3.施設(施設名:)							
既往歴・現病歴	病名				年 月 (歳頃)	治療中・完治・不明		
	病院名				入院(有 無 不明)	手術(有 無 不明)		
	病名				年 月 (歳頃)	治療中・完治・不明		
	病院名				入院(有 無 不明)	手術(有 無 不明)		
	病名				年 月 (歳頃)	治療中・完治・不明		
	病院名				入院(有 無 不明)	手術(有 無 不明)		
	病名				年 月 (歳頃)	治療中・完治・不明		
	病院名				入院(有 無 不明)	手術(有 無 不明)		
	病名				年 月 (歳頃)	治療中・完治・不明		
病院名				入院(有 無 不明)	手術(有 無 不明)			
常時必要な医療処置	1.胃瘻 2.在宅酸素 3.吸引 4.褥瘡 5.バルーンカテーテル 6.インスリン注射 7.その他()							
家族親族連絡先	氏名	続柄	年齢	連絡先(勤務先・携帯電話等)				