

ご相談申し込みシート

■ 入居希望者さまに関して(ご本人さま情報)

フリガナ		年齢	性別	窓口との続柄		
お名前		歳	男・女			
連絡先	ご住所		電話番号			
介護認定	非該当	介護申請・区変	要支援	要介護	認知症	
	自立・障害区分	申請日: 見込み:	1・2	1・2・3・4・5	有・無	
現状のお住まい	入院中	病院名: 担当の医療相談員様				
	入所中	老健・特養	グループホーム	有料老人ホーム	高齢者住宅	小規模多機能 ショートステイ
		施設名:		所在地:		
	在宅	单身	ご夫婦	子供同居	別居	その他
医療ケア	医療行為	必要・不要	特別なお薬	あり・なし		
	内容					
入居について	希望エリア		入居時期	今すぐ・3-6カ月以内・未定		
	月額予算	万円以内	介護保険 自己負担割合	1割負担・2割負担・3割負担		
	保証人	あり・なし・後見人	公的扶助	なし・生活保護・その他		
その他施設に関するご要望など						

■ 窓口となられる相談者さま(キーパーソン)

お名前		住所	
電話番号		連絡の取り方	メール・電話 ※時間帯:

株式会社
オッターライフ

阪神老人ホーム紹介センター 行
大阪布施老人ホーム紹介センター

FAX : 06-6435-8734 MAIL : info@otter.co.jp