

〔 相談 ・ 見学 ・ 利用 〕 申込書

記入者（ご本人以外の場合）

ふりがな		区変中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	
ご利用者 (男・女) 様		明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	
ご住所 〒 -		Tel ( ) <input type="checkbox"/> 独居	
<b>ご希望開始日</b> 年 月 日 (週 回) <b>ご希望曜日</b> 月 火 水 木 金 土 いつでも <b>ご希望内容</b> <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 ( 曜) <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 送迎 (往復・往路のみ・復路のみ) <input type="checkbox"/> 車イスの利用 なし・あり (移乗可・不可)			
ご本人の希望		ご家族の希望	
ご連絡先	① 続柄 ( )	ご住所 〒 -	Tel ( ) 携帯 ( )
	② 続柄 ( )		Tel ( ) 携帯 ( )
同居者	続柄 )		
	続柄 )		
現在の状況	治療中の病名	既往歴	年 月 年 月 年 月
	かかりつけ医 名称	科	先生 Tel ( )
	居宅支援事業所名	ケアマネージャー	Tel ( )
	利用中の介護サービス		
禁忌事項 (行動制限・避けるべき話題・言葉など)			
お聞きしておいたほうが良いことがあればご記入ください			