WellnessCasa 時のかけはし

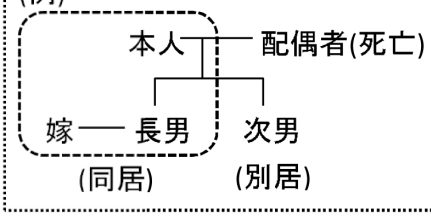
お問い合わせ用紙(相談受付票)をFAXしてください。
FAX番号　022-226-7224
☐相談のみ　☐見学希望
☐体験希望　☐入居希望

問い合わせ用紙(相談受付票)

受付者：【　　】　受付日：　　年　　月　　日(　　)

相談者	様	方法	☐電話　☐来所　☐その他(　　)
☐ご本人　☐ご家族(　　)　☐病院(　　)　☐ケアマネ(　　)　☐その他(　　)			
電話番号	ー　ー	FAX	ー　ー　　連絡先
利用者氏名	様	生年月日	年　月　日(　　才)
住所	〒　ー		
電話	ー　ー	その他連絡先	
家族構成	☐独居　☐夫婦2人　☐子供と同居 ※同居者を〇で囲む		
相談の主な目的			
介護度	☐自立　☐支援1　☐支援2　☐介護1　☐介護2　☐介護3　☐介護4　☐介護5		
介護保険申請	☐中　☐未　☐済	認定有効期間	年　月　日 ～　年　月　日
現在利用している介護保険サービス	デイサービス(　回/週)　デイケア(　回/週)　訪問介護(　回/週) 訪問看護(　回/週)　ショートステイ(　日/月) 福祉用具(☐車いす　☐歩行器　☐シルバーカー　☐杖　) その他(　)		

(例)



現在の疾患名	病院	付き添い	現在の疾患名	病院	付き添い
		☐有 ☐無			☐有 ☐無
		☐有 ☐無			☐有 ☐無
		☐有 ☐無			☐有 ☐無

既往歴	年～		
	年～		
	年～		
主治医			
入居希望時期	☐今すぐ　☐半年後　☐1年後　☐将来的に　☐その他(　)		
入居希望理由			
入居希望部屋			
申し込み状況	☐当施設のみ　☐他の施設に申込み中		
体験入居希望の有無	☐体験する　☐体験しない　体験希望日：　年　月　日(　)		
見学希望日	希望日時：　年　月　日(　)　☐午前　☐午後　時　分		
備考			