WellnessCasa 時のかけはし

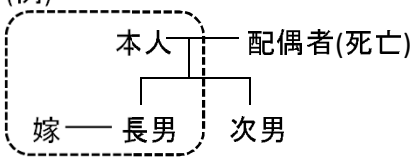
お問い合わせ用紙(相談受付票)をFAXしてください。
FAX番号 022-226-7224
☐相談のみ ☐見学希望
☐体験希望 ☐入居希望

# 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 | ☐明 ☐大 ☐昭　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<br>※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 | 平成　年　月　日 ～ 平成　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)<br>訪問看護(　回/週)　ショートステイ(　日/月)<br>福祉用具(☐車いす ☐歩行器 ☐シルバーカー ☐杖 )<br>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:平成　年　月　日(　) | | |
| 見学希望日 | 希望日時:平成　年　月　日(　) ☐午前 ☐午後　時　分 | | |
| 備考 | | | |