

介護サービス相談カード(FAX)

お申し込み書の提出前に簡易的なスクリーニングを行う相談カードになります。
FAXにて受け取り後、事業者さまにご連絡いたします。

● 下記の該当する項目の口印に☑、または○をつけて下さい。

ご検討サービス	名称	ご利用サービス種別	ご利用日の設定予定
	海保病院 訪問リハビリ		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
		午前 9:00 10:15 11:30	
		午後 14:00 15:15 16:30	
その他		<input type="checkbox"/> その他サービス	

(お手数ですがご協力よろしくお願いします。)

ご利用者の 基本情報	(フリガナ)		性別	男・女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成
				年 月 日()歳
	現住所		連絡先	
	居住形態	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 同居世帯	世帯人数	人数()名
	認定申請	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中 <input type="checkbox"/> 適用済	認定年月	令和 年 月 日
	介護区分	<input type="checkbox"/> 自立()	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 要支援 1・2	感染症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
	医療介護状況	病院・施設名()	利用現状	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 退院
主な病名()		<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所		
		退院(退所)予定	令和 年 月 日	
ご相談事項				

● ご相談者

(お手数ですがご記入の上、連絡ください。)

医療・ 介護事業所	医療・介護 の名称		ご担当名	
	所在地		ご連絡先	
	その他			