

相談受付表

送信先：0561-76-2551 にFAXしていただき
ますようお願いいたします。

住宅型有料老人ホーム



枠内をわかる範囲でご記載ください

ご記入日	令和 年 月 日 ()		時間	:	受付者	
	フリガナ					
お申込み者様 (記入された方)	氏名			所属事業所名 (ご家族様以外)		
	ご本人との 関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> その他()		連絡先TEL	折り返しご連絡させていただく番号 - -	
	メール アドレス			折り返しの ご希望時間帯	該当に○を付けてください 平日 ・ 土日 ・ どちらでもよい 時間帯： 午前・午後・夕方・いつでもよい	
お客様情報	フリガナ			現住所	〒	
	氏名	氏	名	TEL	- -	
	生年月日	M・T・S 年 月 日 () 歳		主介護者	(続柄)	
	主傷病名			主治医		
	介護保険	要支援() 要介護 1・2・3・4・5 申請中・区変中(申請日)				
	担当ケアマネジャー	いる・いない	事業所名		ケアマネ氏名	
	医療保険 その他	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 特定医療費 <input type="checkbox"/> まる福 <input type="checkbox"/> まる障 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神) <input type="checkbox"/> 自立支援 ※申請中の場合：申請日(/)			生活保護	有(担当者:)・申請中 連絡先:
現状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用()					
入所希望理由						
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 月 日～ <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> その他()					
必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH(CVサポート・PICC) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(タイプ)					
	<input type="checkbox"/> インスリン注射(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ(膀胱・肛門) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位)					
	<input type="checkbox"/> 吸引(口腔・鼻腔・気切)回数 /日 <input type="checkbox"/> その他()					
希望の部屋	(あれば部屋番号ご記入ください)					
その他情報・ご質問をご記入ください						
お問い合わせありがとうございます。担当者から折り返しご連絡させていただきます。宜しく願い申し上げます。						