

送信年月日： 年 月 日
ファックス番号： 03-5319-0782

FAX

送付先：介護老人保健施設ひかわした 支援相談員 宛て
サービス利用相談

★ご記入いただく皆様へ★

お手数でございますが、必要質問事項をご記入の上、上記へご送信ください。送信して頂いた際は確認のため、ご一報いただくと確実です。当方で内容確認後、こちらから面接日程調整のご連絡を致します。なお、申込の正式な受付は面接後ですので、ご理解、ご協力の程よろしくお願いいたします。その他、ご不明な点などございましたら、お気軽にお問い合わせください。電話番号：03-5319-0780（担当：岩崎・松田）

- ご利用を希望されるサービスに○を付け、希望時期をご記入ください
入所 ・ 通所 →サービス利用希望時期（すぐにでも ・ 年 月 日頃～ ）
ショートステイ →サービス利用希望日程（ 年 月 日～ 月 日 ）
- サービス利用を希望される方についてお知らせください。
 - ①お名前（ ） 様
 - ②年齢（ 歳 / 性別 （ 男 ・ 女 ）
 - ③住所（〒 ）
 - ④要介護度（要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・他 ）
 - ⑤生活保護受給（ あり ・ なし ）
 - ⑥現在の居場所 （ 自宅 ・ 自宅以外 ）
→自宅以外の場合（場所： ； いつから： ）
入院、入所の経緯（ ）
 - ⑦認知症（ 有 ・ 無 ）
→有の場合（具体的症状： ）
 - ⑧医療的管理 →バルンカテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅^{その他（ex. 経管栄養など）}（ ）
→有の場合（疾患名： ）
 - ⑨日常生活動作（活動範囲： ベッド上のみ ・ ベッド周辺 ・ その他 ）
歩行（可能 ・ 手引きで可能 ・ 車椅子 ）
食事（自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （介助内容： ）
 - ⑩その他お困りになっている状況がございましたら、ご記入ください

3. 当方からのご連絡先→ ご家族 ・ ケアマネジャー ・ MSW ・ その他
・ お名前（ ）
・ 続柄（ケアマネ・MSWの方は所属）（ ）
・ 電話番号（ ） （ 自宅 ・ 会社 ）
・ ファックス番号（ ） ・ 携帯番号（ ）
・ ご連絡の希望時間 9時～12時 ・ 12時～14時 ・ 14時～17時 ・ 17時以降
FAXを送ってくださる方と連絡先が異なる際にご記入ください
送信者の氏名（ ） ・ TEL（ ）

ご協力ありがとうございました。