利用相談票

FAX用紙

ご利用のご相談・問合せは、お気軽にお電話頂くか、こちらの利用相談票をファクス願います。
下記の事業所名又はサービス種別を選択頂き、相談・依頼内容をご記入下さい。

□セカンドアルバムらいふ（地域密着型通所介護）　TEL:03-5629-1201 FAX:03-5629-1202
□セカンドアルバムくをん（地域密着型通所介護）　TEL:03-5661-5570 FAX:03-5561-5571
□SAヘルパーステーションくをん（訪問介護）　TEL:03-5607-7033 FAX:03-5607-7034

●利用者名【　　様】
●性別【　男性　・　女性　】
●年齢【　　歳】
●介護度【　介護度（　　）　・　要支援　・　申請中　】
●認知症【　なし　・　軽度　・　重度　】
●住所【葛飾区　　】
●在宅状況【　夫婦のみ世帯　・　独居　・　子供と同居】
●主介護者【　配偶者　・　子供　・　その他（　　）　・　なし】
●住居形態【　戸建て　・　アパート（　　階）　・　マンション（　　階）】
●公費利用【　あり　・　なし　】
●負担割合【　1割　・　2割　・　3割　・　なし　】
●利用曜日【　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　祝日　】
●利用時間【　　：　　～　　：　　】
●利用開始予定日【令和4年　　月　　日頃】
●特記事項【　　】
●既往歴【　　】

●居宅介護支援事業所名【　　】　電話【　　】
●ケアマネジャー名【　　様】
●ご質問事項