

ライブラリー 問い合わせ・相談シート

相談日：令和 年 月 日 対応： 受付 NO： .

新規問い合わせ・空き情報確認

相談者情報

氏名： _____ 様 (本人・家族・CM) 連絡先： _____
会社名： _____ 連絡先： _____

ご利用者様情報

氏名 _____ 様 M T S 年 月 日 才 性別：男・女
介護度： 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 希望曜日(月・火・水・木・金・土・日)
住所：大田区 _____ (何丁目何番地まで聞いて頂けたら嬉しいです。) サービス内容： _____
訪問するヘルパーの希望 _____ 男性職員のみ _____ 女性職員のみ _____ どちらもOK _____
特記：認知症 (有・無) アルツハイマー・脳血管・うつ病・その他 (_____)
特記 ADL：移動(杖・車いす・自立) 立位(可・不可) その他(_____)
いつからご利用希望か _____