

訪問介護ご利用相談票

下記、差し支えなければ記入をお願いいたします。

利用者情報	お名前				(男 ・ 女)			
	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	(歳)
	住所							
	現在の所在地	(自宅 ・ 病院 ・ その他)						
	電話番号							
	介護保険申請	決定済		申請中		未申請		
	要介護度	要支援 ()			要介護度 ()			
	心身の状況	寝たきり		認知症		その他		
	世帯	独居		同居 ()				
	駐車場の有無							
備考欄：								

相談内容						
担当者様	氏名				(携帯)	
	事業所名				(電話)	
	その他					

備考						
----	--	--	--	--	--	--

【お問い合わせ】						
会社名	：	(有)衛生堂薬局	本利用相談票に記入し左記まで			
事業所名	：	衛生堂薬局在宅ケアセンター	FAX、もしくはお気軽にお電話			
事業所住所	：	〒254-0044	いただければ幸いです。			
		神奈川県平塚市錦町2-25加川ビル2F	弊社担当より折り返しご連絡を			
TEL	：	0463-59-9580	させていただきます。			
FAX	：	0463-59-9581				

お気軽にお問い合わせください。