

# 介護サービス相談カード ( F A X )

下記の該当する項目の 印に☑、または をつけて下さい。

ご検討サービス	名称	ご利用サービス種別	ご利用日の設定予定
	デイサービス	デイサービス(通所介護)	月・火・水・木・金・土・日
		宿泊サービス(短期滞在)	平成 年 月 日 ~ ( )日間
	入居サービス	入居サービス(あずなの家)	平成 年 月 日 頃 希望
		入居サービス(あずなの里)	平成 年 月 日 ~ ( )日間
その他	その他サービス	( )	

(お手数ですがご協力よろしくお願いします。)

ご利用者の基本情報	(フリガナ)		性別	生年月日
	氏名		男・女	大正・昭和 ( )歳 年 月 日生
	現住所		連絡先	Tel ( ) - ( )
	居住形態	独居 夫婦のみ 同居世帯	世帯人数	人数( )名
	認定申請	申請中 変更中 適用済	認定年月	平成 年 月 日
	介護区分	自立 ( )	認知症	あり なし
		要支援 1・2	感染症	あり なし
		要介護 1・2・3・4・5	喫煙・他	あり なし
	医療状況	病院名 ( )	医療現状	通院 入院 退院
病名( )		退院予定	平成 年 月 日	
ご相談事項				

## ご相談者

(お手数ですがご記入の上、連絡ください。)

ご家族様	氏名		続柄	
	住所		ご連絡先	Tel ( ) - ( )
医療介護事業所	医療・介護 の名称		ご担当名	( )
	所在地		ご連絡先	Tel ( ) - ( )
	その他連絡			

あずなの家 / TEL : 0229 73 1612 ・ FAX : 0229 73 1613

あずなの里 / TEL : 0229 72 5211 ・ FAX : 0229 72 5155