

お問い合わせシート

※ 記載は分かる範囲で結構です



事業所番号：1460990291

電話 045-834-7663

FAX 045-834-7664

希望するサービス： 看護 ・ リハビリ

お問い合わせ日：

貴事業所名：

電話：

FAX：

ご担当者様：

フリガナ		性別	生年月日	
名前		男・女	T・S・H	年 月 日
			年齢	歳
住所	〒			
主病名		電話番号		
介護保険 医療保険	要支援 1・2	割合	1割 2割	
	要介護 1・2・3・4・5 申請中 区変中			
医療保険				
主治医	先生	次回受診日	/	
希望する 曜日・時間帯	回/週	分	月・火・水・木・金・※土・※日 AM ・ PM	
希望する サービス内容		主治医 の同意	同意済み ・ 未確認	
特記事項 (ADL、既往歴、現病歴、家族状況や経済状況など分かる範囲で記入頂ければ幸いです)				

※土、日を希望される場合はご相談ください。

内容を確認後に担当者より折り返しご連絡させていただきます。

↓ FAX : 045-834-7665 ↓