

いしかわ願寿ぬ森・相談申込書

申し込み日： 年 月 日

1. 相談者名		続柄	連絡先TEL自宅： () -
			携帯： () -
			メールアドレス：
2. 相談したい方の名前・生年月日		要介護度(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)	
M・T・S	年	月	日生 歳
		有効期間	年 月 日～ 年 月 日
3. 現所在地			
<input type="checkbox"/> 家庭 (○自宅 ○自宅以外)		<input type="checkbox"/> 病院 ()	
<input type="checkbox"/> 施設 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()	
4. 相談したいこと			
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア)を申し込みたい		<input type="checkbox"/> 緊急に預ける所を探している	
<input type="checkbox"/> 緊急ではないが、施設入所について相談したい		<input type="checkbox"/> 施設見学及び介護老人保健施設について知りたい	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
5. いしかわ願寿ぬ森をどこで知りましたか？ どなたの紹介ですか？			
<input type="checkbox"/> 福祉事務所		<input type="checkbox"/> 病院等医療機関、施設、シルバー110番	
<input type="checkbox"/> 友人・知人			
<input type="checkbox"/> 新聞、テレビ等の広報		<input type="checkbox"/> デイケアのバスを見た、施設の近所に住んでいる	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
6. 入所、通所等を希望する理由について			
7. 問題点について (現在、問題として感じているところをお書き下さい)			