

介護御相談承り票

平成 年 月 日

パナソニックエイジフリーショップ
城北 宛

TEL 048-499-9889

FAX 048-499-9887

ご利用者様基本情報 ※恐れ入りますが太線内は必須にてご記入お願いいたします。

ふりがな		性別	被保険者番号	
被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 男		
		<input type="checkbox"/> 女		
ご住所		自宅電話番号	() -	
適用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	その他連絡先	() -	
<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 介護保険申請中 <input type="checkbox"/> 介護保険適用外 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正	年 月 日

<input type="checkbox"/> 脳血管障害(脳梗塞・脳出血) <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input checked="" type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 虚弱高齢 <input type="checkbox"/> その他 () ()	キーパーソン 続柄 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
連絡のとりやすい時間帯等 曜日 (曜日) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜	ご利用者・ご家族様へ配慮すべきこと

<input type="checkbox"/> 福祉用具ご購入 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> レンタル休止 <input type="checkbox"/> レンタル解約				
商品コード・カタログページ	商品名	商品価格	納品希望日時	解約希望日時
		円	月 日 時	月 日 時
		円	月 日 時	月 日 時
		円	月 日 時	月 日 時
		円	月 日 時	月 日 時
		円	月 日 時	月 日 時
		円	月 日 時	月 日 時

支援事業者様

事業所名		ご担当者		様
ご住所		TEL		FAX

1 折り返しご連絡を下さい。 2 ご利用者様へご連絡して下さい。
《ご伝言、ご意見等がございましたらお願いいたします。》

ご回答

ご担当者: 様

平成 年 月 日

いつも、大変お世話になっております。

月 日 ~ を 納品・引取・現調・訪問 する予定となりました。

パナソニックエイジフリーショップ城北
エイジライフ(株)

埼玉県戸田市笹目6-2-6
TEL 048-499-9889 FAX 048-499-9887
【介護指定事業者番号 1171900887】

担当 新井