

デイライフそら駒沢

FAX 03-5787-8506

令和 年 月 日

ライフベース空・桜

ご利用相談票 兼 ご見学申込書

被保険者番号									保険者		
フリガナ									男・女	生年月日 明治・大正・昭和	
利用者氏名	様									年 月 日 (歳)	
住所	独居・高齢所帯・家族同居 (日中独居)								TEL		
									FAX		
本人の住居環境	自宅・借家		一戸建て・集合住宅								
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金 その他 ()					公費	生保・低所得者・障害者				
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度			自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2							
	認知症高齢者の日常生活自立度			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M							
認定情報	要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5 (申請中 区分変更中 令和 年 月 日申請)										
	有効期間	令和 年 月 日から				令和 年 月 日		前回の介護度 ()			
身体状況	疾病・既往歴、障害部位、通院状況、現在利用しているサービス等							家族構成			
主治医	病院					科	先生	TEL			
入浴希望	あり ・ なし					感染症		あり ・ なし			
ご希望のサービス	<input type="checkbox"/> 介護保険通所介護 (ご希望日 月・火・水・木・金・土)										
フリガナ									続柄	TEL	
主介護者	様								携帯		
									FAX		
住所									連絡可能時間	時から 時迄	
事業所番号									TEL		
居宅介護支援事業所名									FAX		
									ご担当者名		

弊社返答欄

株式会社 SORA
154-0012 世田谷区駒沢3-28-11アーバン駒沢1F
TEL 03-3413-0353