

事業所名		電話番号		記入年月日
CM氏名		()		年 月 日

<依頼・相談内容>

サービス区分	<input type="checkbox"/> 保険移送(乗降・身体) <input type="checkbox"/> 自費移送 <input type="checkbox"/> その他		
移動困難理由 (※必須)	①移動困難な原因(心身状況、住環境など)や、福祉移送が必要な理由を簡潔に記入		
	②「公共交通機関」を利用できない理由		
移動の状況	<input type="checkbox"/> 車いす(普通) <input type="checkbox"/> 車椅子(電動) <input type="checkbox"/> 車いす(リクライニング) <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 他()		
要介護度	要介護 1・2・3・4・5 要支援(I・II)・申請中		
負担割合	1割・2割・3割	給付制限	無し・生保・原爆・他
福祉用具貸出	不要・必要()	駐車場所状況	<input type="checkbox"/> 通常可 <input type="checkbox"/> 狭い <input type="checkbox"/> 自宅前不可
身長/体重	約_____cm/約_____kg	同乗者有無	無し・有り_____名()

初回サービス希望	月 日()	行き	:	帰り	:	頃	TEL後
主な行先(病院等)		利用頻度	随時・月_____回程・週_____回程・その他				
契約希望日時 (介護保険の場合)	※数日の希望日・時間帯など						
特記事項	※サービス時の注意事項や相談内容など						

<ご利用者の基本情報> 添付資料あり (以下、重複箇所は省略可) _____枚(※この用紙含む)

ふりがな		性別	生年月日		年齢
氏名		男・女	年 月 日		歳
住所	〒 [][][] - [][][][]		電話	自宅	()
				携帯	()
日常生活自立度	認知症高齢者	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
麻痺		拘縮		座位	可・見守・一部介助・全介助
視力		聴力		立位	可・見守・一部介助・全介助
言語		意思疎通		歩行	可・見守・一部介助・全介助

ご依頼・ご相談ありがとうございます。当社にて受付後、担当より折り返しご連絡をさせていただきます。

※ケアライフ使用欄	受付者		主任	
	契約日時	月 日() : ~		