

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				
☐ 家庭（○自宅 ○自宅以外） ☐ 病院（ ）				
☐ 施設（ ） ☐ その他（ ）				
4. 相談したいこと				
☐ 通所リハビリ(デイケア)を申し込みたい ☐ 緊急に預ける所を探している				
☐ 緊急ではないが、施設入所について相談したい ☐ 施設見学及び介護老人保健施設について知りたい				
☐ 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？				
☐ 福祉事務所 ☐ 病院等医療機関、施設、シルバー110番 ☐ 友人・知人				
☐ 新聞、テレビ等の広報 ☐ デイケアのバスを見た、施設の近所に住んでいる				
☐ 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）				