

介護相談依頼書

豊中介護支援センター 行

医療機関名

所在地

TEL

FAX

担当者

年 月 日

フリガナ		性別	年齢
患者氏名		男性・女性	歳
患者住所	〒 -		
連絡先	電話	—	—
	携帯	—	—
相談者	相談者氏名	続柄 ()	
	※相談者連絡先	—	—
※相談者連絡先は、必要に応じて記入をお願いします。			
相談内容 希望サービス	<input type="checkbox"/> 介護申請	<input type="checkbox"/> 訪問介護	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具・住宅改修	<input type="checkbox"/> 訪問看護	
	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア	<input type="checkbox"/> 訪問診療	
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	
	<input type="checkbox"/> 施設紹介	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	
	<input type="checkbox"/> 居宅療養（薬局・歯科衛生士・管理栄養士）	<input type="checkbox"/> その他	
	[]
その他 (特記事項)			