相　談　受　付　票

申込年月日	平成　　年　　月　　日

入所希望者	フリガナ 氏　名		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年　　月　　日（　　歳）	性別	男・女	
	住　所	郵便番号（　　－　　）			電話番号	（　　）	
	かかりつけ病院		主治医				
	介護認定	未 ・ 申請中 ・ 認定済	被保険者番号				
	要介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5	認定の有効期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日			
	現在の住　居	□ 自宅　　□ 医療機関　　□ 施設					
		病院・施設名【　　】　平成　年　月頃より					
家族・申込者 連絡先1	フリガナ 氏　名		続　柄		備　考		
	住　所	郵便番号（　　－　　）			電話番号	（　　）	
					携帯電話	（　　）	
					日中可能な連絡先	（　　）	
家族・申込者 連絡先2	フリガナ 氏　名		続　柄		備　考		
	住　所	郵便番号（　　－　　）			電話番号	（　　）	
					携帯電話	（　　）	
					日中可能な連絡先	（　　）	
居宅介護支援事業者	事業所名						
	フリガナ 担当者名		備　考				
意向	□ ぜひ、入所申し込みしたい						
	□ 詳細を知りたいので、話を聞いてみたい						
	□ 将来考えていきたいので、パンフレット等資料を送ってほしい						
	□ その他（　　）						

施設記入	備　考
	（担当：　　）

グループホーム　然