

高齢者住宅相談FAXシート

ADLに合わせた施設、低価格の施設等ご希望に合わせて紹介ご案内いたします。

【相談、見学、見学同行、仲介手数料すべて無料です】



FAX : 03-5214-2319

相談者	様	連絡先	
続柄		自宅	
ご住所			

入居希望者①	様	年齢		性別	男 ・ 女
ご住所					
介護度	無 ・ 申請中 (想定:) ・ 支援1 ・ 支援2 ・ 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5				
現況	入院中(退院予定日:) 施設入所中(種類: 退所予定日:)				
	独居 ・ ご夫婦 ・ 同居 ・ その他()				
予算	初期費用 :	月額	万円/月		
希望地域	第一希望 :	第二希望 :	第三希望 :		
医療行為、症状	なし ・ 透析 ・ 胃ろう ・ 在宅酸素 ・ インスリン ・ IVH(ポート) ・ バルーン ・ ストマ ・ 褥瘡 ・ 認知症				
	その他 :				

入居希望者②	様	年齢		性別	男 ・ 女
ご住所					
介護度	無 ・ 申請中 (想定:) ・ 支援1 ・ 支援2 ・ 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5				
現況	入院中(病院名: 退院予定日:) 施設入所中(種類: 退所予定日:)				
	独居 ・ ご夫婦 ・ 同居 ・ その他()				
予算	初期費用 :	月額	万円/月		
希望地域	第一希望 :	第二希望 :	第三希望 :		
医療行為、症状	なし ・ 透析 ・ 胃ろう ・ 在宅酸素 ・ インスリン ・ IVH(ポート) ・ バルーン ・ ストマ ・ 褥瘡 ・ 認知症				
	その他 :				

ステップ1 まずはFAXにてご相談ください。担当者から相談者様へお電話させていただきます。

ステップ2 担当者が相談者様・希望者様にヒアリングを行います。相談室でのヒアリングも可能です。

ステップ3 日時が調整できましたら、ご希望施設の見学予約、見学同行を行います。

備考:
