訪問介護相談・依頼書

居宅介護支援事業所名・（介護支援専門員様名）	回答用FAX番号

依頼日

	年	月	日
相談受付日	/		

下記の情報については、訪問介護サービス相談・依頼のために使用いたします。
また、当該書類は長生郡市訪問介護協議会において厳重に管理し第三者には提供いたしません。不要となった時（相談・依頼内容が完了）は、責任を持って処分いたします。長生郡市訪問介護協議会：ＦＡＸ0475-36-3708

利用者情報								
性別	男性	女性	年齢		介護度		病歴	
現住所	＊番地は記載しないでください。地域がわかれば結構です。							

☐ 早急に利用したい。（1週間以内）　☐ なるべく早めの利用を希望（1ヵ月以内）　☐ 急ぎではない（1ヵ月以降）

希望サービス内容	
☐ 身体中心型	☐ オムツ交換（排泄介助）　☐ 調理（栄養管理、病食） ☐ 移動介助　☐ 服薬介助（服薬管理） ☐ 入浴介助　☐ 通院等乗降介助 ☐ 整容介助　☐ その他（　　） ☐ 共に行う家事（　　）
☐ 家事中心型	☐ 掃除（整理整頓）　☐ ごみ出し ☐ 調理 ☐ 買物（薬の受け取り） ☐ 洗濯　☐ その他（　　）
☐ 身体・家事複合	＊身体中心型・家事中心型のチェックボックスへ記入してください。
☐ 障害サービス（自費	＊なるべく具体的に希望するサービスをご記入ください。 （　　） ☐ 見積もり希望

希望日時								
	☐ 月曜日	☐ 火曜日	☐ 水曜日	☐ 木曜日	☐ 金曜日	☐ 土曜日	☐ 日曜日	☐ 未決定
時間								備考
サービス提供に伴い要望等：								

＊訪問事業者記載欄

対応について	訪問事業所名：		備考：
可・不可	連絡先：	担当者名	

＊対応可能な訪問介護事業者様につきましては直接、上記：居宅介護支援事業者（回答用FAX番号）にお願いします。