

住宅改修・福祉用具相談支援センター相談受付票 (FAX : 0422-51-1982) * 太枠内をご記入ください。

記入日	年 月 日 ()	記入者	ST	排泄	住・福
要 援 助 者	ふりがな 氏名 様	住所			
		生年月日 (歳)	TEL		
相談者	氏名	続柄	連絡先		
要介護認定		障害者手帳			
担当ケアマネジャー： 居宅介護支援事業所：					
事業所 TEL：					
病名・病歴・主治医・薬					
現在使用しているサービス			家族構成		
依頼内容 (主としてお困りの方はどなたか、ご相談内容を具体的にご記入ください)					
<事務局処理欄 > 対応方法・まとめ (担当者記入)		初回訪問予定日： 年 月 日			
武蔵野市住宅改修・福祉用具相談支援センター					
専門相談員		地区担当	センター長	所長	