

(TEL) 06-6675-0111 (FAX) 06-6675-6632

ゆめかプラン受付票

フリガナ		住所
氏名	様	(〒 -)
生年月日	T・S 年 月 日生 年齢 歳 / 性別 男・女	連絡先 (TEL)
		自宅:
		携帯:
要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	

身体状況		
平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖・歩行器	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 車椅子操作が可能 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	電話応対 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	金銭管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	服薬管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

ご家族	<input type="checkbox"/> 同意済み <input type="checkbox"/> 同意未	担当CM	<input type="checkbox"/> 同意済み <input type="checkbox"/> 同意未
主治医	<input type="checkbox"/> 同意済み <input type="checkbox"/> 同意未		

目的地 (名所)	
目的地 (住所)	
サービス実施 希望日時	令和7年 月 日 () / 時間 : ~ :
その他備考	

受付票のご記入ありがとうございます。

票を参考に事前カウンセリングにお伺いし、ご希望プラン内容をご確認させていただきます。