

# 老人ホーム入居相談シート

## ◇ご相談者について

お名前	
フリガナ	
電話番号	( )-( )-( )
連絡希望時間帯	9:00～12:00、12:00～14:00、14:00～16:00、16:00～19:00、19:00～21:00
ご入居者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族(続柄)_____・ <input type="checkbox"/> その他

## ◆入居予定者について

お名前	
フリガナ	
性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
年齢	_____ 歳
要介護度	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 支援1・ <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1・ <input type="checkbox"/> 介護2・ <input type="checkbox"/> 介護3・ <input type="checkbox"/> 介護4・ <input type="checkbox"/> 介護5
入居希望地域 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 福岡市内 <input type="checkbox"/> 東区 <input type="checkbox"/> 博多区 <input type="checkbox"/> 中央区 <input type="checkbox"/> 南区 <input type="checkbox"/> 城南区 <input type="checkbox"/> 早良区 <input type="checkbox"/> 西区 <input type="checkbox"/> 宗像市・福津市 <input type="checkbox"/> 古賀市 <input type="checkbox"/> 糟屋郡 <input type="checkbox"/> 大野城市 <input type="checkbox"/> 春日市 <input type="checkbox"/> 那珂川町 <input type="checkbox"/> 太宰府市 <input type="checkbox"/> 筑紫野市 <input type="checkbox"/> 糸島市 <input type="checkbox"/> どこでもよい
入居希望時期	<input type="checkbox"/> とにかく急いでいる！・ <input type="checkbox"/> 見つけ次第・ <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 数か月以内・ <input type="checkbox"/> 年内・ <input type="checkbox"/> 未定

※ご入居者さまの詳細は、直接、丁寧に聞き取りさせていただきます。

上記の内容に記入の上、FAXにて送付をお願い致します

FAX番号 : 092-753-8805

