ご利用相談票

ケアマネジャー様用・FAX送信票　　年　　月　　日

送り先の事業所に ✓ を入れて、このままFAXでお送りください。担当者より折り返しご連絡します。

☐ **デイサービス絆** 行
FAX 072-457-7553
貝塚市三ツ松2275-5／TEL 072-457-7553

☐ **デイサービストップ** 行
FAX 072-457-9030
岸和田市岡山町452-1／TEL 072-457-9030

送信元

事業所名	
ご担当者名	
TEL／FAX	TEL　　／　FAX

ご相談の内容

ご用件	☐ 空き状況の確認　☐ 新規利用の相談　☐ 見学・体験の調整　☐ その他

ご利用を検討されている方

お名前	（イニシャルでも結構です）　　歳　☐ 男性　☐ 女性
介護認定	☐ 未申請　☐ 申請中　☐ 要支援（　）　☐ 要介護（　）
お住まいの地域	市・町　　送迎　☐ 必要　☐ 不要
ご希望の曜日・回数	☐ 月　☐ 火　☐ 水　☐ 木　☐ 金　☐ 土　☐ 日　　週（　）回
利用開始のご希望	月　　日ごろから　／　☐ 未定
入浴	☐ 希望する　☐ 機械浴を希望　☐ 希望しない
食事の形態	☐ 普通　☐ おかゆ　☐ きざみ　☐ 制限食（　）
延長・宿泊	☐ 延長の希望あり　☐ 宿泊の相談あり　☐ なし

お身体の状態・配慮が必要なこと（認知症の症状、医療的な処置、移動の方法など）

ご記入いただいた個人情報は、お問い合わせへの回答とご連絡のためにのみ利用します。　　株式会社TAC（大阪府貝塚市東山7丁目6-26）