介護老人保健施設エーデルワイス　面談予約シート

ＦＡＸ：053-585-1501

※下記欄にご記入の上ＦＡＸしてください※

<table>
<tr><td>ふりがな
入所希望者氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年
月日</td><td colspan="2">明・大・昭　　年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>介護度</td><td colspan="2">１・２・３・４・５</td><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住所</td><td colspan="2" rowspan="2">〒</td><td>TEL</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>携帯</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">既往歴</td><td colspan="2" rowspan="2">①
②
③</td><td>入院先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>通院先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>介護保険
サービス利用歴</td><td colspan="5">有　・　無　　利用先（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ふりがな
申込者氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>TEL</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>面談希望日時</td><td colspan="5">月　　日　（　）　午前・午後　　時　　分</td></tr>
<tr><td>その他
お伝え頂きたいこと
をお書きください</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>