

# シニアス 住宅改修相談依頼書

ご依頼日：平成 年 月 日

〔きっかけ〕 ホームページ・区役所封筒・郵便局封筒・ハートページ・ダイレクトメール  
雑誌（ ） 介護情報サイト（ ） ・ご紹介（ ） 様

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
お客様氏名	様		生年月日	歳( <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 ) 年 月 日生		
住所	〒 - 区 丁目 番号 アパート・マンション名 ( 号室 )					
TEL	-					
その他連絡先	TEL	-				
	氏名	様	お客様との関係			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中					
身体状況						
改修内容	<input type="checkbox"/> 手すり		<input type="checkbox"/> 段差解消	<input type="checkbox"/> 滑り防止	<input type="checkbox"/> 引戸等	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下・玄関 <input type="checkbox"/> 階段	<input type="checkbox"/> 洗面脱衣所 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 玄関・廊下 <input type="checkbox"/> 敷居撤去 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 畳→板張り <input type="checkbox"/> 床材 <input type="checkbox"/> ノンスリップ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 浴室折戸 <input type="checkbox"/> ドアノブ <input type="checkbox"/> 戸車設置 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 浴槽取替	<input type="checkbox"/> 洗面台取替	<input type="checkbox"/> 洋式便器	<input type="checkbox"/> 階段昇降機	<input type="checkbox"/> ホームEV	<input type="checkbox"/> 居室改装
依頼者名	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他( )					
事業所名						
住所	〒 - 市・区 丁目 番号 アパート・マンション名 ( 号室 )					
TEL/FAX	電話番号			FAX		
連絡事項						
希望現地調査日	<input type="checkbox"/> 希望あり	① 平成 年 月 日 ( ) : ~				
		② 平成 年 月 日 ( ) : ~				
	<input type="checkbox"/> 希望なし	お客様へ直接ご連絡して日程を決めさせて頂いてよろしいでしょうか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 依頼者と日程調整				
依頼者・他の同行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> その他( )				

**FAX : 03-5779-4241**

枠内にご記入いただき送信ください。また、電話でのご依頼も承ります。TEL : 03-3418-6446