株式会社ライフコネクション 行

ご依頼票

FAX 045-330-4195

TEL 045-900-1537

ご依頼日	年　月　日	**ご依頼の内容**	□ 老人ホーム探し　□ てとて　□ その他
ご依頼者	事業所・病院名： ご担当者名：　TEL：　FAX：		
ご本人	お名前（イニシャル可）：　□男 □女　年齢：　歳 お住まい（区市町村）：		
要介護度	□要支援（　）□要介護（　）□申請中 □なし	**認知症**	□あり　□なし　□不明
医療的ケア	□服薬管理　□インスリン　□たんの吸引　□胃ろう　□在宅酸素　□その他（　）		
入院中の場合	病院名：　退院の見込み：　月　日ごろ		
ご家族	お名前・続柄：　TEL： □ ご本人・ご家族の同意を得ています		
ご希望	地域：　ご予算（月額）：　入居時期：		
ご状況・ご依頼内容			

ご記入いただいた個人情報は、ご依頼への対応とご紹介先との調整のためにのみ使用します。お手持ちの情報提供書でも構いません。