お 問 合 せ シ ー ト

※ご記入は分かる範囲で結構です

りすの訪問看護海老名

電話:0467-80-2826
※専門の電話部署でご用件を伺った後、担当から、必ず折り返し電話をいれさせていただきます。

※FAX番号は異なるためご注意ください
FAX 0467－80－2920

問い合わせ：　　年　　月　　日

貴事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　：＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX　　：＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当者様：＿＿＿＿＿＿＿＿

希望するサービス:　　看護　・　リハビリ

ふりがな		性別	生年月日
氏　名		男・女	T・S・H　年　月　日
住　所	〒		
主病名		電話番号	
保険関係	要支援 1・2 申請中 区変中 要介護 1・2・3・4・5		割合 1割・2割・3割
病院名			
主治医		先生	次回受診日　／
ご希望の曜日・時間帯	回／週　分		月・火・水・木・金 AM ・ PM
ご希望のサービス内容		主治医の同意	同意済・未確認

特記事項（ADL・既往歴・現病歴・家族状況や経済状況などわかる範囲でご記入ください）

※お手数ですが、看護サマリーや情報用紙がございましたら一緒にお送りください

内容確認後、担当者より折り返しご連絡させていただきます。

FAX:0467-80-2920