新規依頼 ・ 相談票

FAX		
	枚方	072-804-3448
	寝屋川	072-802-0688

ベルビー

【CM専用】

事業所名		電話番号	記入年月日
CM氏名		（　　）	年　　月　　日

＜依頼･相談内容＞

サービス区分	□保険移送（ 乗降 ・ 身体 ）□その他		
移動困難理由（※必須）	①移動困難な原因(心身状況、住環境など)や、福祉移送が必要な理由を簡潔に記入 ②「公共交通機関」を利用できない理由		
移動の状況	□車いす(普通) □車椅子(電動) □車いす(ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ) □ストレッチャー □歩行 □杖歩行 □歩行器 □他(　　)		
要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5　　要支援（ Ⅰ ・ Ⅱ ）・ 申請中		
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	給付制限	無し ・ 生保 ・ 原爆 ・ 他
福祉用具貸出	不要 ・ 必要（　　）	駐車場所状況	□通常可 □狭い □自宅前不可
身長／体重	約＿＿＿＿cm／約＿＿＿＿kg	同乗者有無	無し ・ 有り＿＿名（　　）
会員申込区分	□通常（会員費 3,000円／年）　□低所得世帯:市民税非課税世帯（会員費 1,200円／年）		

初回ｻｰﾋﾞｽ希望	月　　日(　　)	行き	:	帰り	:　頃	TEL後
主な行先（病院等）		利用頻度	随時 ・月＿＿回程 ・ 週＿＿回程 ・その他			
サービス担当者会議の希望日時	※数日の希望日･時間帯など					
特記事項	※サービス時の注意事項や相談内容など					

＜ご利用者の基本情報＞ □添付資料あり（以下、重複箇所は省略可）＿＿枚(※この用紙含む)

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏　名		男 ・ 女	年　　月　　日	歳
住　所	〒□□□－□□□□	電話	自宅	（　　）
			携帯	（　　）
日常生活自立度	認知症高齢者	自立 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
	障害高齢者	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		

麻痺		拘縮		座位	可 ・ 見守 ・ 一部介助 ・ 全介助
視力		聴力		立位	可 ・ 見守 ・ 一部介助 ・ 全介助
言語		意思疎通		歩行	可 ・ 見守 ・ 一部介助 ・ 全介助

ご依頼･ご相談ありがとうございます。当社にて受付後、担当より折り返しご連絡をさせて頂きます。

※ベルビー使用欄	受付者		主任	
	担当者会議	月　日(　)　:　～		
	契約日時	月　日(　)　:　～		

※この用紙はコピーしてご使用下さい。

202004