

住宅改修・福祉用具相談支援センター相談受付票 (FAX : 0422-51-1982) \*太枠内をご記入ください。

記入日	年 月 日 ( )	記入者		ST	排泄	住・福
要 援 助 者	ふりがな 氏名	住所				
		生年月日		TEL		
相談者	氏名	続柄		連絡先		
要介護認定		障害者手帳				
担当ケアマネジャー： 居宅介護支援事業所：						
事業所 TEL：						
病名・病歴・主治医・薬						
現在使用しているサービス				家族構成		
依頼内容（主としてお困りの方はどなたか、ご相談内容を具体的にご記入ください）						
<事務局処理欄 > 対応方法・まとめ（担当者記入）				初回訪問予定日：平成 年 月 日		
武蔵野市住宅改修・福祉用具相談支援センター						
専門相談員		地区担当		センター長		所長