



BODY CHECK 申込書

訪問看護リハビリステーション マザース中野事業所

TEL : 03-5989-1567 FAX : 03-5989-1568

* お電話でも受け付けております。お気軽にご連絡ください。

ご依頼日 : 令和 年 月 日

ご事業所名		ご依頼者名	
住所	〒	TEL	
		FAX	

利用者情報	フリガナ		生年月日	M・T・S・H	年	月	日	(才)
	ご氏名		男・女	TEL	①:			
	ご住所	〒						独居・同居(続柄:)
	主な病名							
	現状	在宅 ・ 入院中 / 退院予定日 : 令和 年 月 日						
	要介護度	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 申請中 ・ 区変中 ・ 自立						

依頼内容	希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土						
	希望時間帯	第1希望	第2希望	日時指定等				
	備考	[現在お困りなことや生活状況、共有情報等ご自由にご記入ください]						

※以下は、当ステーションで記入いたします。

受付対応	受け入れ	OK ・ NG理由 ()				
	連絡	申込者への連絡 (完了 / 令和 年 月 日)			連絡・記載者 ()	

[BCサービス日時等]