

サービス利用申し込み表

受付日時	年	月	日 (~)	受付者				
依頼手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来初			紹介者氏名				
その他 ()								
利用希望サービス	<input type="checkbox"/> テレビ電話相談			<input type="checkbox"/> e-母子手帳システム				
iPad、Galaxy 利用	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 分からない							
(フリガナ)								
申込者氏名 (保護者等)				生年月日	S	年	月	日
				H	才 (男・女)			
現住所	〒					家族構成(同居家族該当に○)		
電話番号 (優先順位)	1)					祖父 ・ 祖母 ・ 父		
	2)					母 ・ 姉 ・ 妹		
メール(確実に見 られるアドレス)	フリガナ					兄 ・ 弟		
	@					子ども		
						(才、 才、 才)		
						その他 ()		
コンシェルジュ センターから の電話連絡 を差し上げや すい時間帯	月	火	水	木	金	備考	記入例	
	午前	午前	午前	午前	午前		月：10-12時○	
	午後	午後	午後	午後	午後		水：×	
							19時以降×	
申込者の意向								
本人の意向								
申込の動機								
主な相談 対象者	申込者本人 ・ お子様 (氏名：)							
	対象がお子様の場合下記の欄にお子様の様子についても差し支えない範囲でご記入下さい							
主なテレビ電話 使用者	<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 相談対象者 <input type="checkbox"/> その他 ()							
お子様について (病気や障がいをお持ち の場合、差支えない範囲 でご記入ください)	手帳の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育(A/B) <input type="checkbox"/> 精神							
	診断名 ()							
	定期的なりハビリ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (主な内容；)							
	かかりつけ病院 ()、主治医 ()							
本事業をどこ でお知りにな りましたか	<input type="checkbox"/> コンシェルジュセンターの利用案内を見た							
	<input type="checkbox"/> 知人の照会 (氏名：)							
	<input type="checkbox"/> 既に設置してある電話を見た (設置場所)							
	<input type="checkbox"/> その他							
利用判断	連絡日		理由・情報など					
可 ・ 不可 ・ 保留	/							

※契約する際、改めて相談対象者(お子様等)の詳細な状況をお聞きいたしますので、ここでは差し支えない範囲でのご記入をお願いします