

お申込日 年 月 日

アロマ看護ケアサービス申込書

サービス利用につき、「ご利用の際の注意点」と「個人情報取り扱い」についての内容を了承し、以下のよう
に申し込みます。

● お申し込み内容

ご利用開始希望日	年 月 日
サービス内容	介護保険コンシェルジュ

● 利用者（サービスを受ける方）

ふりがな			
氏 名	様		
生年月日	年 月 日	歳	
郵便番号	〒 -		有・無・ 近くに有料P有
住 所			
電話番号		携帯	
E-mail			
ご勤務先	名 称		TEL
	所在地		
要介護認定	未申請・申請中・自立・要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）		

● 保証人

ふりがな			本人との関係
氏 名	様		
生年月日	年 月 日	歳	
郵便番号	〒 -		
住 所			
電話番号		携帯	
E-mail			
勤務先	名 称		TEL
	所在地		
ご希望の連絡先に○	携帯・自宅電話・会社・その他（ ）		

● 請求書

送付先	利用希望者・保証人・その他（下記に記入）		
希望送付方法	E-mail・自宅住所・勤務先住所		
ふりがな			本人との関係
氏名	様		
生年月日	年	月	日 歳
郵便番号	〒 -		
住所			
電話番号		携帯	
E-mail			

● 後見人等の有無

有 ・ 無	
種類	成年後見人・任意後見人・任意後見受任者・保佐人・補助人
ふりがな	
氏名	
電話番号	
E-mail	
住所	

【医療情報記入用紙】

● サービスをご利用される方の病気・けが・医療情報についてご記入ください。

以下の項目のうち、該当するものに○をお付け下さい。	
脳の病気	認知症（アルツハイマー型・脳血管性）・認知症の可能性あり（未診断） 脳梗塞（複数箇所／1箇所）・脳出血・くも膜下出血・一過性脳虚血発作・ 脳血管障害 パーキンソン病 その他
心臓・肺の 病気	心筋梗塞・狭心症・心不全・不整脈・弁膜症・心筋症 肺炎・喘息・気管支炎・肺気腫・肺線維症・肺結核 その他
消化器の 病気	胃炎・腸炎・潰瘍（胃・十二指腸）・腸閉塞・食道潰瘍・食道動脈瘤 肝炎（A・B・C型）・肝硬変・膵炎・胆石・痔 その他：
腎臓の病気	腎不全・腎結石・腎盂腎炎・糖尿病性腎症 その他：
腫瘍(がん)	部位： _____ 手術： _____
血液の病気	貧血・白血病・輸血の経験（有・無） その他：
運動器系の 病気	部位： _____ 手術： _____ 変形性膝関節症・骨粗鬆症・神経痛・椎間板ヘルニア その他：
皮膚の病気	水虫・ヘルペス・疥癬（かいせん） その他：
眼の病気	白内障・緑内障・その他：
心の病気	うつ病・統合失調症・神経症 その他：
その他	高血圧・高脂血症・糖尿病・動脈硬化
障害者手帳有無	有・無 「有」の場合の等級・種類：
上記以外の けがや病気	
上記○箇所の処 置方法および後 遺症 (なるべく詳しくご記 入ください)	