|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信元 | 事業所名 |  |
| サービス種類 |  |
| 質問者名 |  | 事業所番号 |  |
| 電話番号 |  | メールアドレス※ |  |

※（FAXで質問を行った場合）FAXでの回答を希望する際はFAX番号を記載してください。

＜対象者の全体像＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 歳 | 性別 |  | 要介護認定 |  |
| 世帯状況・居住環境等 |
|  |
| ADL・IADL・認知症・疾患・障害等の状況 |
|  |

|  |
| --- |
| ＜質問内容＞ |
| ＜質問をするに当たって確認した根拠法令等＞ |
| ＜事業所の考え＞ |