

ReLifeリフォーム(住宅改修)依頼書



申込日 年 月 日		※太字の項目には必ずご記入ください				
ふりがな				性別	□男性 □女性	
お客様氏名				生年月日	歳	年 月 日生
住所	都道府県 市・区・町		丁目	番	号	
	アパート・マンション名()					
電話/FAX	電話番号			FAX		
要介護認定	□自立 □要支援 □要介護(1・2・3・4・5) □未申請 □申請中					
身体障害者手帳	□あり □なし □申請中					
現病歴・既往歴						
身体状況	□歩行状態：自立・杖・歩行器・車椅子			□起き上がり・立ち上がり：自立・要介助		
ご依頼経緯	(例)段差で躓くことが多くなったので段差を解消したい。					
改修内容	手すり	段差解消	滑りの防止	引戸等	昇降機等	その他
	<input type="checkbox"/> 浴室・脱衣所 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下・玄関 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 敷居撤去 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 畳→板張 <input type="checkbox"/> 床材 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 浴室折戸 <input type="checkbox"/> ドアノブ <input type="checkbox"/> 戸車設置 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 和式→洋式	<input type="checkbox"/> 階段昇降機 <input type="checkbox"/> 段差昇降機	
依頼者	□ご本人 □家族 □ケアマネジャー □PT □OT □介護スタッフ □その他() ※事業所所属の方は事業署名					
住所	都道府県 市・区・町		丁目	番	号	
	アパート・マンション名()					
電話/FAX	電話番号			FAX		
要望・連絡事項						
合同会社 Smile Space ReLifeリフォーム事業部 〒154-0015 東京都世田谷区桜新町1-20-10-206 TEL.080-6605-5438 FAX. 03-6320-7841						
※ReLifeリフォーム事業部はその方に本当に合ったリフォームを提供するために、受付後に担当より電話連絡し詳しい状況をお聞き致します。						