

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。