

個人相談予約

F A X送信先 03-3416-3617

ワークケアバランス株式会社行

必須 お客様番号

お名前

必須 相談で使用する電話番号（国内限定）

①eメールでお申し込みの方 eメールアドレス

②F A Xでお申し込み方のF A X番号

相談者の住所
差し支えない範囲で記入

被介護者・被介護予定者の住所
差し支えない範囲で記入

必須 被介護者と相談者の続柄 子供 子供の配偶者 その他

被介護と相談者の住居状況 同居 別居

相談希望日時3候補ご記入ください

*相談の開始時間は10:00～21:00（土日祝も可能です。なお夏季・年末年始は休みます）

月 日 相談開始時間（基本の相談時間は30分程度）

第1希望

第2希望

第3希望

*相談者の希望日時を基にメール問合せの方はメールで、F A X申込み方はF A Xに相談日時をご連絡いたします。

必須 相談の種類 現在の介護問題 近い将来の介護 将来の介護に備えて

相談内容（具体的に）
家族状況・悩んでいる
家族構成・家族関係の
状況等 相談者の希望

介護者の年齢 *ご相談サービス向上のため、わかることはなるべく多くご記入してください。

被介護者と相談される方の続柄

被介護者・被介護予定者の状況

年齢 性別

身体状況 自立 未申請 要支援1 要支援2
要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

認知症 なし 年相応の物忘れ 軽度 中度 重度 問題行動なし 問題行動あり

その他

ご記入・ご連絡ありがとうございました。一両日中に相談日時をご連絡いたします。