

相談受付票

原

相談方法：来所・電話・その他（ ） 受付日 年 月 日

本人氏名	フリガナ	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
連絡先	住所 TEL			
相談者住所 氏名	住所 氏名 TEL	携帯	本人との 続柄	
現状況	医療機関 在宅 ・ 入院中 ・ 入所中 施設名			
世帯類型	同居世帯 ・ 高齢者世帯 ・ 日中独居 ・ 独居			
介護認定 状況	未・申請中・支1・支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 認定期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日			
居宅契約	未・済 事業所名 新規・変更希望			
相談内容				
疾患名				
身体状況	歩行：自立・見守り・杖・歩行器・ 車椅子 言語：普通・やや困難・困難 意思疎通：普通・やや困難・困難 認知：軽・中・重	特記事項：		
介護状況	食事：自立・一部介助・全介助 (普通食・きざみ・治療食) 排泄：自立・一部介助・全介助 入浴：自立・一部介助・全介助 着脱：自立・一部介助・全介助	特記事項：		
備考				

高齢者住宅紹介センターかけはし