

相談受付票

20 年 月 日

相談者区分	☐ 本人・家族（関係： ） ☐ 病院（ ） ☐ 施設（ ） ☐ 居宅支援事業所 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他（ ）										
ご相談者 氏名	フリガナ		事業所名・病院等名称		電話		— —				
					携帯		— —				
					メール						
ケア マネージャー	事業所名				電話		— —				
	ご担当者名				FAX		— —				
利用者 様	氏名	フリガナ		男・ 女	住所	〒		現在の住まい			
								☐ 自宅・ ☐ 施設 ☐ 入院中・ ☐ 他			
	生年月日	年 月 日			電話番号		— —		()		
		(歳)			携帯番号		— —		☐ 独居		
生活保護： 無 ・ 有		適用保険：介護 ・ 医療		その他公費：難病 ・ 自立支援 ・ 他 ()							
介護認定	無	☐ 未申請 ・ ☐ 申請中（申請日： ） ・ ☐ 65歳未満（被保険者資格なし）									
	有	☐ 要支援 1 2 ・ ☐ 要介護 1 2 3 4 5 介護保険証のコピーがありましたら送付頂ければ幸いです									
主たる傷病名 (発症時期)											
現病歴										感染症の有無	
										☐ 無	
既往歴										☐ 有	
										()	
相談 内容	目的・経緯									退院時期	
	サービス 希望	☐ 看護 ・ ☐ リハビリ 詳細：									
		頻度・希望曜日等									
		事前担会等希望： 月 日 時 分				初回サービス（契約）希望： 月 日					
家族 構成	氏名/年齢/続柄/職業/特記すべき事項								主な介護者		
利用者様・ ご家族の都合											
緊急時の連絡先											
主治医等	氏名										
	医療機関名										
	所在地										
	電話番号										
関係機関	連絡先/担当者/備考										
サービス利用状況											
☐ 訪問介護， ☐ 訪問看護， ☐ 訪問入浴， ☐ 訪問リハビリテーション， ☐ 通所介護， ☐ 通所リハビリテーション ☐ 福祉用具， ☐ その他 ()											
その他											