

相談受付票

20 年 月 日

相談形態	電話・来所・訪問・その他		受付者	
フリガナ 相談者氏名			電話番号	
相談者区分	本人・家族（続柄 ）・居宅介護支援・地域包括支援センター・医療機関 その他（ ）			
フリガナ 対象者氏名			住所	〒
生年月日	年 月 日（ 歳）		電話番号	
要介護認定	認定済み・未申請 ・ 申請中（ 申請日： 年 月 日 ）			
要介護認定区分	要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5） その他（ ）			
要介護認定期間	年 月 日～ 年 月 日			
介護保険負担限度額認定証	有 ・ 無			
現在の介護状況				
担当ケアマネジャー	居宅介護支援（事業所名： ）		担当ケアマネ： （ ）	
介護サービス 利用状況				
食事状況	自立・一部介助・全介助		食事形態	常食・一口大食・刻み食・ミキサー食
排泄	自立・一部介助・全介助		入浴	自立・一部介助・全介助
歩行	自立・一部介助・全介助		着替え	自立・一部介助・全介助
視力	正常・見づらい・ほとんど見えない		聴力	正常・聞こえづらい・ほとんど聞こえない
運動障害	正常・麻痺（右・左・全身・半身）		生活環境	独居・同居・入院中
認知症	なし・少し・あり（脳血管障害・アルツハイマー病（脳萎縮性・脳変性））			
発病時期	年 月頃～		検討中の施設	
かかりつけ医療機関	医療機関：		主治医名：	
既往病歴			内服薬	
具体的な精神症 状	物忘れ ・ 物盗られ ・ 妄想 ・ 不安 ・ うつ症状 ・ 徘徊 ・ 異食 興奮 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ その他（ ）			
年金	国民年金・厚生年金・その他（ 障害・遺族 ）			
家族構成	夫・妻・子（ 息子・娘・婿・嫁 ）・孫（ 人）			
入居希望場所	<input type="checkbox"/> ユニット個室 <input type="checkbox"/> 従来型多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> どこでも構わない			
入居希望日	年 月頃希望			

2023.5.15修正

社会福祉法人 大裕会
ひだまりの杜 開設準備室

FAX番号 0476-37-5020