

相談受付票(仮申込書)

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	男・女		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	男・女	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	☐ ユニット個室 ☐ 従来型多床室 ☐ 従来型個室 ☐ どこでも構わない			
入居希望日	年 月頃希望			

2023.9.4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