

新規相談受付票(福祉用具貸与)

【相談の内容】

相談年月日	年 月 日		担当者	氏名
相談者 (依頼者)	氏名		受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他()
	住所または 所属機関名		電話番号	
	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族(<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居) 続柄:() <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他()		

主訴・相談の概要など

--

【本人の状況】

氏名		性別		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	年齢	歳	
現住所									
	電話:	その他連絡先:							
居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()								
介護認定	介護度		認定期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	<input type="checkbox"/> 未申請(申請の意向 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 申請したが非該当 <input type="checkbox"/> 申請中(令和 年 月 日)								
現在の利用 サービス	介護保険	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし				介護支援専門員			
	介護保険外	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし				居宅支援事業所			
主疾患	<input type="checkbox"/> 一般() <input type="checkbox"/> 認知症() <input type="checkbox"/> 精神疾患()								
	<input type="checkbox"/> 難病() <input type="checkbox"/> 不明		かかりつけ医	医療機関名称	担当医				
世帯状況	一人暮らし・高齢者世帯・日中独居・その他()			障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: 種別:) <input type="checkbox"/> 不明				
経済状況					生活保護受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明			

【本人の意向など】※生活歴、キーパーソン、関係機関などわかる範囲で書き込む

--

【介護者の状況】

氏名		続柄	
住所			
連絡先	自宅:	携帯:	
その他特記事項			

【身体状況・ADL】

--

【住環境】

<input type="checkbox"/> 戸建(持家or賃貸) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) (エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ※その他(段差・階段等)
--

【近隣環境等】

--

【現在使用の福祉用具】

--