

【相談受付票】

| | | | |
|-----------|---|--------|--------------|
| 相談日時 | 年 月 日 | 相談方法 | 電話・FAX・来所・訪問 |
| 相談者 | 様 ケアマネージャー・家族・病院・その他（ ） | | |
| 相談者連絡先 | | | |
| 対象者名・生年月日 | 様 T・S・H 年 月 日生（ 歳） | | |
| 対象者住所・TEL | | TEL | |
| 対象者介護度 | 申請中・要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5 医療保険（手帳有： ・無） | | |
| 疾患名 | | | |
| 現在の住所 | 在宅 入院中（ | 病院） | 入所中（ 施設） |
| 主治医 | 病院名（ | ） 医師名（ | |
| 指示書の了承 | 了承済み ・ 未（ | | |
| 希望サービス内容 | | | |

相談内容

| | |
|-----------|------|
| 既往歴・生活歴等： | 家族構成 |
| | |

ADL 状況：

| | | | |
|-------|----|--------|-------|
| 食事 | 自立 | ・ 一部介助 | ・ 全介助 |
| 排泄 | 自立 | ・ 一部介助 | ・ 全介助 |
| 移乗・歩行 | 自立 | ・ 一部介助 | ・ 全介助 |
| 入浴・整容 | 自立 | ・ 一部介助 | ・ 全介助 |

医療的ケア： 有 ・ 無

インスリン注射・人工透析・ペースメーカー・留置カテーテル（ ）・人工肛門・在宅酸素
その他（

サービス利用状況：

訪問希望日時：

その他

| | | |
|--|-------|--------|
| | 受付サイン | 管理者サイン |
| | | |