

利用者からの相談受付票

|                               |                                                                                           |                                                          |           |                   |             |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------|-------------------|-------------|
| 記入日                           | 年 月 日                                                                                     | (記入者 )                                                   |           |                   |             |
| フリ<br>ガナ                      |                                                                                           | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 要介護度      | 認知症の人の<br>日常生活自立度 | 障害老人<br>自立度 |
| 名前                            |                                                                                           | 歳                                                        |           |                   |             |
| 生年月日                          | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 |                                                          | (家族関係マップ) |                   |             |
| 住所・<br>連絡先                    | 〒<br><br>電話 FAX                                                                           |                                                          |           |                   |             |
| 主治医や現<br>在使ってい<br>るサービス<br>など |                                                                                           |                                                          |           |                   |             |
| 現在の困り<br>ごとの状況                |                                                                                           |                                                          |           |                   |             |

| 相談・信頼を寄せるまでの経過                                                                                                                                                             |  |              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|
| 年<br>月                                                                                                                                                                     |  | 年<br>月       |  |
| 現在の疾患や ADL にかかる状況                                                                                                                                                          |  |              |  |
|                                                                                                                                                                            |  |              |  |
| 現在の生活の状況                                                                                                                                                                   |  |              |  |
|                                                                                                                                                                            |  |              |  |
| 保険・障害者手帳                                                                                                                                                                   |  | その後のスケジュール予定 |  |
| <input type="radio"/> 介護保険<br>被保険者番号 _____<br>保険者番号 _____<br>利用者負担割合                  割                                                                                    |  |              |  |
| <input type="radio"/> 年金<br>年金の種類                  /月額                  円                                                                                                  |  |              |  |
| <input type="radio"/> 健康保険<br>保険種類                  _____<br>被保険者名                  _____<br>被保険者との続柄(                  )                                                  |  |              |  |
| <input type="radio"/> 公費負担医療                  適用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無<br>(                  )障害者手帳                  種                  等 |  |              |  |