

相談票

区分
新規・併用

日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 時 分				
受付	対応者：	所属：			
	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他()				
担当包括	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 天兆園 <input type="checkbox"/> 常清の里 <input type="checkbox"/> エルダー <input type="checkbox"/> 春日丘荘 <input type="checkbox"/> 葦原 <input type="checkbox"/> 清溪・忍頂寺・山手台 <input type="checkbox"/> 東・白川 <input type="checkbox"/> 春日・郡・畑田 <input type="checkbox"/> 大池・中津 <input type="checkbox"/> 玉櫛・水尾				

【相談の概要】

相談者	ふりがな	男・女	対象者との関係	生年月日	年齢
	氏名：			M・T・S 年 月 日	歳
	住所：	電話：			
主訴・相談の概要					

【対象者の状況】

対象者	ふりがな	男・女	被保険者番号	生年月日	年齢
	氏名：			M・T・S 年 月 日	歳
	住所：	電話：			
サービス等	利用中サービス：なし・あり	<input type="checkbox"/> 介護保険 () <input type="checkbox"/> 総合事業 () <input type="checkbox"/> その他のサービス ()			
	介護保険：□非該当 □要支援() □要介護() □申請中(月 日) □未申請 □申請予定 認定年月日：平成 年 月 日、有効期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日 担当ケアマネジャー： 事業所：				
	総合事業：□非該当 □総合事業対象者 □届出中(月 日) □未届出 □届出予定 届出年月日：平成 年 月 日、有効期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日 担当ケアマネジャー： 事業所：				
状況等	家族構成：独居・同居あり	かかりつけ医：なし・あり → ()			
	ジェノグラム 【生活援助の根拠】 ①家族が疾病・障がい ②その他()	今までにかかった病気など：			
		□デイ等サービス利用時の医師への確認：			
		ADL：自立・その他 → ()			
		障害：なし・あり → ()			
		認知症：なし・あり → 病名() 疑い → ()			
	生活保護受給：なし・あり → 担当CW()				

