

相談受付票		令和 年 月 日		記入者		
				事業者名		
				電話番号		
フリガナ 本人氏名		男・女	生年月日	T S . . . (歳)		
本人住所	狭山市			電話番号		
申請区分	1,新規申請 2,更新申請(有効期間 ~ まで) 3,変更申請 (変更理由)					
申請代理 親族・後見 人等	住所 氏名 電話番号		続柄・関係			
訪問先	入院(所) 施設名	入院日 (病棟)	所在地			
			電話番号			
	居住地の 住所	※居住地が住所と異なる場合に記入		電話番号		
	駐車場 ある (場所:) なし		立ち合い 有 無			
立会者 情報	氏名		連絡先	自宅 携帯		
	本人との関係	(同居・別居)				
留意事項	都合の悪い日程() ・特に希望なし					
	調査の際に配慮の必要なことはありますか？ (例)筆談が必要、等					

1、本人の状況についてお尋ねします

(1)家族構成(○を付けてください) ・独居 ・夫婦のみ ・その他家族と同居()
(2)受診状況 頻度(回 / か月) 前回受診日() 次回受診日()
(3)その他(主な疾患や問題になっていること等)

2、利用希望のサービスは何ですか？(○を付けてください)

<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護(ヘルパー) ・通所介護(デイサービス) ・リハビリ(訪問リハビリ・通所リハビリ) ・訪問看護 ・居宅療養管理指導 ・短期入所生活・療養介護(ショートステイ) ・福祉用具(貸与・購入) ・住宅改修 ・認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ・施設入所サービス(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・有料老人ホーム等)
--