

介護サービス相談カード

※ 下記の該当する項目にチェックまたは○印をつけてください。

<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護 つきだてホーム	ご利用希望日・ご利用日数 平成 年 月 日 頃1 平成 年 月 日 ~ () 日間
<input type="checkbox"/>	サービス付き高齢者向け住宅 つきだてホーム	ご入居希望日・ご利用日数 平成 年 月 日 頃1 平成 年 月 日 ~ () 日間

【ご利用者様情報】

フリガナ		生年月日	大正・昭和()年 ()月()日生 満()歳
氏名			
現住所		連絡先	()-()-()
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 同居	世帯人数	()名
認定申請	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中 <input type="checkbox"/> 適用済	認定年月	平成()年()月()日
介護区分	<input type="checkbox"/> 自立()	認知症	<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2	感染症	<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5	喫煙有無	<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし
医療状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 退院予定(平成__年__月__日) <input type="checkbox"/> 退院 病院名() 病名()		
ご相談事項			

【ご相談者様情報】

ご家族様			
氏名		続柄	
ご住所		ご連絡先	()-()-()
医療機関・介護事業所			
名称		ご担当様	
所在地		ご連絡先	()-()-()
備考			