

(1) 相談者（記入者）

相談者氏名： 続柄：☐配偶者 ☐子 ☐ケアマネ ☐病院関係者

電話番号：

(2) 対象者 基本情報

氏名（フリガナ）： 生年月日：昭和 年 月 日 年齢： 歳 性別：☐男 ☐女

現在の居場所：☐自宅 ☐入院中（ 病院） ☐他施設（ ）

居住地：

	氏名	続柄	連絡先①	連絡先②	住所	勤め先
第一連絡先						
第二連絡先						
第三連絡先						

(3) 相談の概要

入所希望区分：☐入所 ☐短期 ☐退院調整 ☐見学希望 ☐その他

主訴・相談の要点：

希望時期：

(4) 緊急度 ☐緊急（24h 以内） ☐至急（7 日以内） ☐1 か月以内 時間に余裕あり

(5) 医療・処置

主な診断名：既往歴

現在の治療・処置（該当にチェック）：

☐経管栄養（PEG/経管） ☐在宅酸素 ☐点滴（常時） ☐吸痰 ☐留置カテーテル（尿）

☐褥瘡 ☐感染症（ ） ☐その他：

(6) ADL

食 事： ☐自立 ☐見守り ☐一部介助 ☐全介助

排 泄： ☐自立 ☐見守り ☐一部介助 ☐全介助 尿器具：☐尿器 ☐尿バット

移 乗： ☐自立 ☐要介助 ☐リフト使用

歩 行： ☐自立 ☐杖あり ☐介助歩行 ☐車椅子 ☐寝たきり

認 知： ☐特に無し ☐軽度 ☐中等度 ☐高度 BPSD：☐あり ☐なし

(7) リハビリ・サービス希望

リハ希望: ☐PT ☐OT ☐ST ☐訪問リハ希望(退所後)

主要目標: ☐在宅復帰 ☐ADL 向上 ☐維持ケア ☐ターミナルケア ☐社会参加

(8) 介護保険情報

認定: ☐申請中 ☐要支援 1 ☐要支援 2

☐要介護 1 ☐要介護 2 ☐要介護 3 ☐要介護 4 ☐要介護 5

認定番号: 有効期限: R 年 月 日 ~ R 年 月 日

(9) 生活情報・留意事項 住宅: ☐段差 ☐階段 ☐2 階等の有無(☐有 ☐無)

(10) 必要添付書類

☐診療情報提供書 ☐内服薬一覧(お薬手帳) ☐介護保険被保険者証 ☐健康保険証

※以下施設記入用(受付記入)

受付 日: R 年 月 日 担当者:

初回面談予定日: R 年 月 日 面談担当者:

備考

●くにさき苑相談室 FAX:0856-22-1237 TEL:0856-22-1150

ご記入いただいた情報は、入所相談・面談準備・連絡のために利用します。
要配慮情報は適切に管理します。掲載・第三者提供は行いません。