

入 所 相 談 記 録

③



相談記録日 年 月 日

利用者	フリガナ 氏 名	男 女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)		
住 所	〒					
介 護 度	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中	介護保険 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
申 込 者		続 柄		居住地 (県市区)		
現 在 の 状 態	在 宅 (独居 ・ 同居) 施 設 () 病 院 ()	定 期 通 院	無 ・ 有 (/ 回) 病 院 () 診 療 科 ()			
緊急時指定病院	無 ・ 有 ()					
希 望 部 屋	<input type="checkbox"/> 一 般 (個室 ・ 二人部屋 (有料) ・ 大部屋) <input type="checkbox"/> 認 知 専 門 棟					
入所理由	<input type="checkbox"/> リハビリ希望 <input type="checkbox"/> 家庭での身辺介護ができない <input type="checkbox"/> 認知症のため家庭での世話が できない <input type="checkbox"/> 世話する人がいない <input type="checkbox"/> その他	施 設 に 対 す る 要 望				
退所後の意向	<input type="checkbox"/> 在 宅 <input type="checkbox"/> その他 ()					
家 族 状 況 (利 用 者 か ら み た)	氏 名	続 柄	年 令	同・別居	所在地 (県・市)	
				同 ・ 別		
				同 ・ 別		
				同 ・ 別		
				同 ・ 別		
日 常 生 活	留意点 (禁忌事項 ・ 食事 ・ アレルギー 等)		緊 急 連 絡 先			
			名 前		電 話 番 号	
そ の 他	(他施設申込状況 等)					