

# 相談受付票

相談日 年 月 日

受付 No.			相談方法 ( 来所 ・ 電話 ・ 文書 ・ ファクシミリ ・ 訪問 )		
ふりがな					
氏 名			経由機関	担当者名	
介護度	要介護・要支援		年齢	歳 (生年月日: 年 月 日)	
住 所	〒 _____		TEL : ( ) FAX : ( )		
病名や 主治医等					
相談者氏名			利用者との関係		
相談者住所	〒 _____		TEL : ( ) FAX : ( )		
その他の 連絡先	氏名		住所	TEL : ( ) FAX : ( )	
家 族	続柄	氏名	年齢	同居 別居	特記事項
相談内容			家族構成		
			<input type="radio"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 死亡		
現在受けているサービス (訪問介護等)					
対応者所見・その他の情報			対応状況		
			<input type="checkbox"/> 情報提供のみ <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先 )		
			訪問対応予定 年 月 日		
			再来所予定 年 月 日		