

年 月 日

() 見学・相談受付票

担当者:

見学及び相談者			
氏名		対象者との続柄	
住所	〒		
連絡先	昼間		
	夜間		
	携帯		
入居対象者			
氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
TEL		年齢	歳
住所	〒		
現状	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中	名称	
		担当者	(役職)
		TEL	
介護保険 申請状況	<input type="checkbox"/> 申請済み (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)		
	※有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 申請中 (年 月 日 申請)		
	<input type="checkbox"/> 申請していない	負担割合	割
居宅介護支援 事業所	名称		ケアマネ
	TEL		FAX
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好		
	<input type="checkbox"/> 治療中 通院 (月 回) 往診 (月 回)		
主治医	病院		Dr
	病院		Dr
医師からの 告知病名			
認知症の診断	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 分からない	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 (区 担当者)
障害手帳	(身体)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(級)
	(精神)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(級)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 有 (薬物)		
特記事項			