相談内容記録書

氏名	様	生年月日	M ・ T ・ S　　年　　月　　日(　　歳		
		介護度	事業対象者　支　1・2　介　1・2・3・4・5(申)		
住所				TEL(本人)	
相談者	様	続柄		TEL(相談者)	

相談チエック項目

☐ 体験利用　☐ サービス内容変更　☐ 生活問題　☐ 家族関係

☐ 経済的問題　☐ 疾患・病的問題　☐ 精神的・物忘れ・認知面

☐ その他 (　　)

相談内容

1.現病、既往歴

2.食事内容

☐常食　☐キザミ食　☐ミキサー食　☐アレルギー・禁忌食材有(　　)

☐その他(　　)

3.福祉用具の使用

☐杖　☐歩行器　☐車椅子(リフト車のみ可能)　☐車椅子(介助にて乗り込み可能)

☐その他(　　)

4.送迎になる際の諸注意(長時間の座位が厳しい、排泄が頻回の為不安など)

5.介護負担割合度と生活保護の確認

・割合度　→　☐1割　☐3割

・生活保護　→　有　・　無

6.入院中・退院直後の方はサマリーや情報提供書はありますか？

☐はい　☐いいえ

7.その他の御相談

※利用の際は室内履き(運動できる靴)と口腔ケアセット(歯ブラシ・コップ)の御用意お願いします。

※建物内・建物周辺は禁煙となっております。ご了承下さいませ。