

相談するときに伝えることシート Ver.01

1	記入日：令和 年 月 日
2	ご相談者氏名：
3	連絡先電話番号：
4	どなた(対象者)についての相談ですか：自分・父・母・祖母・祖父・兄弟・叔父・叔母・ 義父・義母・その他()
5	対象者との続柄または関係：本人・長男長女・次男次女・三男三女・孫・甥姪・その他 ()
対象者の方について	
6	氏名(よみがな)： ()
7	性別：男性・女性
8	生年月日： 年 月 日生まれ(満 歳)
9	住所：〒
10	電話番号： - -
11	健康保険証の種類：前期高齢者(65歳～74歳)・後期高齢者(75歳以上)・社会保険
12	介護保険証はありますか：ある(有効期限： 年 月)・ない
13	要介護認定を受けたことがありますか：ない ある(年 月頃，介護度は要介護_____・要支援_____・非該当)
14	困っていること、相談はどんなことですか？ 当てはまる内容の□に✓マークを付けてください。(複数可)
<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 認知症の検査や健康診断の受診 <input type="checkbox"/> 要介護認定を受ける <input type="checkbox"/> リハビリ(リハビリ病院への転院・自宅・通い) <input type="checkbox"/> お金や薬の管理 <input type="checkbox"/> 家の改修(手すり設置、段差解消など) <input type="checkbox"/> 悪徳商法の被害 <input type="checkbox"/> 介護用品の利用(杖、シルバーカー、電動ベッドなど) <input type="checkbox"/> 生活・近所づきあい等 <input type="checkbox"/> 1人暮らしの家事 <input type="checkbox"/> 筋力の低下・フレイル予防 <input type="checkbox"/> その他	
■相談内容(任意)自由にご記入ください。	

制作：介護の案内所

※転載、引用、コピー等を希望の場合は <https://kaigo-annai.net/otoiawase/> からご連絡ください。