

【お客様相談シート】

【ご相談者】 ご家族 ケアマネ 病院SW その他（ ）

ふりがな		ご入居様とのご関係	お電話番号
お名前	様		
ご住所	〒		

【ご入居希望者様（利用者様）】

ふりがな		性別	年齢	続柄	キーパーソン/身元保証人
お名前	様	男・女	歳		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生				
ご住所	〒				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 現在申請中（結果送付予定 年 月 日）				
現在利用機関		身体手帳	有・無	等級	級

【当社をお知りになったきっかけ】

- 当社からのPR 役所 病院SW 包括支援センター ケアマネージャー
 インターネット（HPなど） 知人 その他（ ）

【ご入居に至った経緯やお困りごとなど】 入居時期：1か月以内・3ヶ月以内・半年以内・将来参考

在宅 病院 老健 他ホーム（ ） ※在宅の場合：独居・高齢世帯・同居

【ご入居希望者の日常生活を教えてください】

- 歩 行： 自立歩行 歩行の介助必要 杖歩行 車イスで移動 歩行困難
 排 泄： 自立 排泄の介助必要 ポータブルトイレ使用 おむつを使用 その他
 認 知： なし あり *ありの場合（重度・軽度・その他「 」）
 食 事： 普通食 軟食（おかゆ） 刻み食 治療食 その他
 麻 痺： [部位：]
 病 気： [病名：] 医療行為： []
 感染症： なし・あり []

【ご予算・その他について教えてください】

入居時費用： ~50万円 ~100万円 ~500万円 1,000万円以上

月額利用料： ~15万円 ~20万円 ~30万円 30万円以上

希望エリア：

希望施設名等があれば教えてください：

その他：年金額は、1カ月あたりお幾らですか？ [] /月

ご入居希望者のご家族・親戚等は何名いらっしゃいますか？ [] /月

【メモ】