

ケアステーションひかり 居宅介護支援事業所 相談受付表

年 月 日

受付方法	電話 ・ 来所 ・ 訪問 ・ 文書 (郵送・FAX) ・ その他			
対応日	年 月 日	対応時間	:	対応者名
相談者氏名			住所	〒
			電話	
相談者区分	本人・ご家族 (続柄:) ・居宅介護支援事業所・地域包括センター・その他 ()			
リカゲ対象者氏名	(男・女)			
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)		住所	〒
			電話	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 ・ <input type="checkbox"/> 申請中 (新規 ・ 更新 ・ 変更申請日: 年 月 日)			
要介護要認定区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
現状の居所	自宅・医療機関 () ・施設 () ・その他 ()			
地域包括支援センター			担当相談員	
特記事項				
介護サービス利用歴	デイケア ・ デイサービス ・ ヘルパー ・ 訪問介護 ・ ショートステイ			
担当医			病院名	
相談内容				
対応内容				

記入後 048-951-7568 まで FAX 頂きますようお願いいたします。