

## 医療介護サービスセンター 相談受付表

受付 No.		相談方法	来所・電話・郵送・ファクシミリ・訪問		
ふりがな			生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)	
利用者名					
保 険			居宅・介護予防 サービスの利用	初めて・過去に利用・現在も利用中	
住 所	〒 ー		TEL : ( ) FAX : ( )		
相談者氏名			利用者との関係		
相談者住所	〒 ー		mail : TEL : ( ) FAX : ( )		
家 族 背 景	続 柄	氏 名	年 齢	同 居 別 居	特記事項
備考	(主疾患等)				
相談内容の概要			詳細		
<input type="checkbox"/> サービスについて ( <input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> 在宅看護 <input type="checkbox"/> 在宅介護・ <input type="checkbox"/> 在宅リハビリテーション ) <input type="checkbox"/> 利用者の住環境について <input type="checkbox"/> 利用者の疾患について <input type="checkbox"/> 利用者のADLについて <input type="checkbox"/> 利用者の認知機能について <input type="checkbox"/> 利用者の家族関係について <input type="checkbox"/> 利用者の金銭管理について <input type="checkbox"/> その他					
要介護（要支援）認定			希望		
<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 要介護    1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援    1・2			<input type="checkbox"/> 適切な事業所を案内してほしい <input type="checkbox"/> 電話での回答が欲しい <input type="checkbox"/> 改めて来訪して相談したい <input type="checkbox"/> mail で回答ほしい		
受付者					
			来訪希望日時	年 月 日 午前・午後 時	

※わかる範囲で記入ください。FAXの場合、担当から改めて連絡させていただきます。

※電話受付・窓口対応した際は受付者が記入してください(来訪者に適宜記入していただく)

電話:075-502-7006 FAX:075-502-7007

洛和会音羽リハビリテーション病院