

「たより」高齢者住宅紹介センター

FAX 096-202-2246

高齢者住宅相談シート

受付日 平成 年 月 日 受付時間 時 分 担当:

フリガナ				電話番号				
相談者名		男・女		間柄				
住所								
フリガナ				電話番号				
対象者名		男・女		生年月日	年 月 日 (歳)			
住所								
家族構成								
相談カテゴリー		1. 高齢者 2. 障害者 3. その他()						
サービスの利用状況	介護保険		要介護認定 自立・申請中・要支援()・要介護() 利用中のサービスと内容等					
	障害福祉関係サービス		障害種類	1. 身体	2. 精神	3. 知的	手帳 有・無	
生活保護受給の有無		有・無		年金の種類				
連帯保証人の有無		有・無						
身体状況	病歴(原因疾患等)							
	通院状況							
	服薬状況・機能障害等							
ADL	視力	1.支障なし 2.眼鏡使用 3.支障あり	聴力	1.支障なし 2.補聴器等使用 3.支障あり	歩行	1.自立 2.伝え歩き 3.用具使用 4.要介助 5.車椅子	移乗	1.自立 ○トイレ ○入浴 2.一部介助 3.全介助
	コミュニケーション							
希望条件	賃料(1ヶ月の総支払可能額)				希望地			
	居住人数				食事	1.普通食 2.特別食(とろみ・きざみ・ミキサー) 3.胃ろう 4.経鼻経管		
物件種別	1. ケアハウス 2. 介護付有料老人ホーム 3. 住宅型有料老人ホーム 4. サービス付き高齢者向け住宅 5. 高齢者住宅 6. その他				コメント欄			