

# ご相談シート



事業所名： \_\_\_\_\_

担当ケアマネージャー： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

|                        |   |
|------------------------|---|
| ご利用者様                  | フリガナ<br>様 生年月日： 年 月 日（ 歳）<br>男 ・ 女  |
| ご住所                    | 〒 _____<br>_____ 市  |
| 電話番号                   | 自宅： _____ 本人携帯： _____<br>キーパーソン（氏名/続柄： _____ / _____）<br>キーパーソン連絡先： _____   |
| かかりつけの医療機関             | _____ 病院 主治医： _____ 先生  |
| 主病名                    |   |
| 介護度・公費                 | 要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5<br><input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費受給資格証 <input type="checkbox"/> 指定難病医療受給者証 |
| 利用中のサービス               |   |
| 希望時間・回数                | <input type="checkbox"/> 看護 月・火・水・木・金 午前・午後 週 回<br><input type="checkbox"/> リハビリ 月・火・水・木・金 午前・午後 週 回  |
| 特記事項<br>(家庭環境・本人の性格など) |   |

## <契約までの流れ>

- ①シートのご記入後、にじはな 048-915-5503 へ FAX をお願いいたします。
- ②にじはなが指示書の依頼をかかりつけ医に行います。
- ③担当者会議・契約日の打合せを行います。（指示書到着前でも契約可能）

※契約前の顔合わせや内容説明等も行っておりますのでお気軽にご相談ください。