医療法人 恭和会 相談者票

相談日 平成　　年　　月　　日

「入院・入居相談者の状況・主たる介護者」に記入し該当する□欄に☑を入れて下さい。

入院・入居相談者の状況	（ ふりがな ）		性別	生 年 月 日
	お 名 前		男・女	明治・大正・昭和 年　月　日（　歳）
	現 住 所	〒　－ 電話　（　）		
	現　況	□ 自宅で一人で暮らしている　□ 自宅で家族と暮らしている □ 老健・特養などの介護施設に入っている □ 病院などの医療施設に入っている 「施設や病院に入っている方」は番号1～3を記入してください 1. 施設名又は病院名 ： 所在地（市町村名のみ）： 2. 入所又は入院時期 ：　年　月　日から 入所・入院している 3. 入居希望時期 ：□今すぐ入居したい　□　年　月　日頃までに □ 他施設も検討している　施設名 ： 居宅サービスの利用 ：□ ある　□ ない （ 訪問介護 ・ 看護 ・ 通所 ・ リハ ・ ショート ・福祉用具 ・その他 ）		
	介護保険	要介護 □1　□2　□3　□4　□5　□申請中（　/　/　）1割 ・ 2割		
	医療保険	□ 国民健康保険　割 □ 後期高齢者医療　割 □ 減額認定証等の有・無		
	障害者手帳	□ あり（　級 ）□ なし □ 再認定有り　□ 申請中（　/　/　）		
	重度障害者医療者証	□ あり　□ なし　□ 申請中（　/　/　）		

主たる介護者・（緊急連絡先・請求書送付先）	（ ふりがな ）		性別	続 柄	生 年 月 日
	① お 名 前		男・女		明治・大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）
	① 現 住 所	〒　－ 電話　（　）　携帯　（　）			
	① 勤 務 先	勤務先名 ： 住　所 ： 電　話 ：			

ご 家 族 氏 名	続柄	年齢	住所	電話番号
②				
③				

※入院・入居先（予定）	ふれあい荘　□1　□2　□3　ふれあい片倉　・　入院
※備考 見学日・契約日・入院・入居予定日等	見学：　実調：　契約：　入院・入居予定日： ※月々の総額費用には、初期費用、終身費用は含まれません。

★　～