

フリガナ			相談日	年	月	日
相談者氏名						
所属または患者様との関係			TEL			
希望相談日						
相談内容						
患者様情報						
患者氏名				男	女	
現住所	〒			明大昭		
	TEL			年	月	日 歳
介護度	無	申請中	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		
医療保険	1割	2割	3割	被保険者番号		
身体障害者	有	無				
治療中の病気と身体状況						
かかっている医療機関	(通院 入院中)					
既往症						
困っていること						
状況の認知	問題 なし あり					
生活自立度	正常	J1 J2	A1 A2	B1 B2	C1 C2	
認知症自立後	正常	I	IIa IIb	IIIa IIIb	IV	M

家族状況

家族/後見人	氏名・(続柄)	年齢			住所/TEL
キーパーソン		歳	同居	別居	
		歳	同居	別居	
		歳	同居	別居	

特記事項

--