

# 相談受付票

受付方法	電話 ・ 来院 ・ 訪問 ・ 文書 ( 郵送 ・ FAX ) ・ インターネット ・ その他				
受付日	年 月 日	時間	:	対応者	
相談者					
相談者区分	本人 ・ ご家族(続柄: ) ・ 病院 ・ 地域包括支援センター ・ その他(				
対象者氏名	フリガナ				
	名前 ( 男/・女)				
生年月日				住所	
				電話	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中      (申請日: 年 月 日 )				
要支援 要認定区分	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				
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
現状の居所	医療機関( ) ・ 施設( ) ・ その他(				
担当医				病院名	
相談内容					
家族構成					