

ロング・ライフ フクチャンち 入所相談受付表

施設長	事務長	管理者

受付日 令和 年 月 日

相談者名	続柄	連絡先

利用希望者名	生年月日 M. T. S	年齢	性別 男 ・ 女
--------	-----------------	----	-------------

住所	TEL FAX
----	------------

利用の居宅介護支援事業所名	担当ケアマネジャー名	現在、ご利用のサービス 訪問・定巡・デイ・ショート・訪看・看多機・サー高住 その他() サービス事業所名()
TEL		
FAX		

要介護 1 2 3 4 5	負担割合 1割 2割 3割	負担限度額認定 (食費・居住費軽減) 有・無
---------------	---------------	---------------------------

希望入所時期 早急に 半年～1年 すぐではないが検討したい
理由 ((()))

	生活状況	特記事項
歩行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子)	
移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (パット ・ 紙パンツ ・ オムツ)	
入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	

既往歴

本人や家族が困っていること:	年金支給額
希望:	

入所までの希望(在宅を支えるための) ◎例えば 定期巡回サービス、長期ショートステイを利用したいと思っている等 要検討サービス:
--

* 後日、実調を行ないますのでご連絡致します

受付担当者