

地域包括ケア施設 ライフ吉井田
利用受付・相談票(看多機・サ高住)

施設長	事務長	管理者

受付日 令和 8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 歳	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・サ高住 その他() サービス事業所名()
TEL FAX		

非該当 要介護	要支援 1 2	1・2 3 4 5	負担割合 1割 2割 3割	認知症 有・無 有の場合→病名()

入院・入所中の場合、退院・退所日：()

利用開始希望時期：()

ADL	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・希望

年金支給額 月額

備考

要検討サービス：

* 後日、実調を行いますのでご連絡致します

受付担当者