

# ご相談シート

## ■ ご入居希望者さまに関して

フリガナ				年齢	性別	続柄
お名前	様			歳	男 ・ 女	
連絡先	住所				電話番号	
介護認定	自立 ・ 障害	申請中 ・ 区分変更中	要支援	要介護		
			1 ・ 2	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
認知症	あり ・ 年相応 ・ なし <input type="checkbox"/> 診断あり <input type="checkbox"/> 診断なし		具体的な症状			
現状のお住まい	入院中	病院名：			入院期間： / ~ /	
	入所中	老健 ・ 特養 ・ グループホーム ・ 有料老人ホーム ・ 高齢者住宅 小規模多機能 ・ ショートステイ ・ その他（ ） 施設名（ ）				担当相談員： 様
	在宅	单身 ・ ご夫婦 ・ 子供同居 ・ 別居 ・ その他（ ）				
医療ケア	医療行為	必要 ・ 不要	内容			
ご入居について	希望エリア (市区町村)				入居時期	今すぐ ・ 3~6ヶ月以内 ・ 未定
	月額ご予算				介護保険 自己負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
	保証人	あり ・ なし ・ 後見人			公的扶助	なし ・ 生活保護 ・ その他
その他 施設に関するご要望 現在お困りのこと等						

## ■ 窓口となられるご相談者さまに関して

お名前	様	住所	
電話番号		連絡の取り方	メール ・ 電話 ※ご希望の時間帯（

## ■ 当センターを知ったきっかけ

<input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 居宅名（ / ）様 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター 地域（ / ）様 <input type="checkbox"/> 市、区役所など 地域（ / ）様 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他（ ）
---

株式会社オッターライフ  
阪神老人ホーム紹介センター  
FAX：06-6435-8734

フリーダイヤル サンキュー ろうじんホーム  
0120-39-6246  
MAIL：info@otter.co.jp