

# 相 談 受 付 表

年 月 日 ( )

相談者	様 <span style="float: right;">病院 ・ MSW</span>
相談方法	電話 ・ 来所 ・ 紹介 ( ) 利用者との続柄 ( )
利用者名	様 ( 男 ・ 女 )
生年月日	年 月 日生 歳
住 所	
病名又は症状	
既往歴	
主治医及び医療機関	病院 <span style="float: right;">医師</span>
現CM (又は相談員)	CM ( 無 ・ 有 : 事業所名 <span style="float: right;">担当CM 様</span> )
現利用中サービス	
現在の居場所	自宅 ・ ( ) ・ ( ) 病院入院中 ・ / 退院予定
介護度	要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) 医療
介護力	同居 ( 有 ・ 無 ) キーパーソン ( )
連絡先	様 ☎ <span style="float: right;">続柄 ( )</span>
フリー / 今後の対応	
記入者	