

相談表

■ご入居希望者様に関して

お名前	フリガナ			年齢	性別	関係
	様					
介護認定	要介護	要支援	自立	申請中	未申請	認知症
				/ /		有 無
認知症	種類		昼夜逆転・徘徊・不穏・暴力行為・不潔行為・異食			
	アルツハイマー型・脳血管性		感情失禁・妄想・願望・帰宅願望・物忘れ			
現状	入院中（病院名：）					
	入所中（老健・特養・GH・有料・サ高住・小規模・ショート）					
ADL	食事	普通食・軟食（おかゆ）・刻み食・治療食				
	歩行	自立歩行・杖歩行・車椅子・要介助・歩行不可				
	排泄	自立・要介助・ポータブルトイレ使用・おむつ				
	着脱	自立・要介助・困難				
	入浴	自立・要介助・困難				
	視力	日常に支障なし・日常に支障あり				
医療依存	医療行為		内容			
	必要	不要				
病歴など ご本人に関して						

日付：_____

お名前：_____

■施設入居に関わる条件等

希望地域	内容		
入居時期	ホームがあればすぐ・3ヵ月以内・半年以内・1年以内・1年以上先・将来		
予算	入居時費用		
	300万円未満	300～500万円未満	500～1000万円未満
	1000～2000万円未満	2000万円以上	
費用の捻出	月額利用料		
	15万円未満	15～20万円未満	20～30万円未満 30万円以上
費用の捻出	年金	円 / 月	
以前見学に行った施設			
その他施設に関するご要望			