≪新規受付記録≫

相談日：平成　　年　　月　　日【電話・来所・訪問】	
紹介者：（　　様）	
上記CMの場合…連絡：　　月　　日	

ふりがな		男	明治 大正　　年　　月　　日（　　歳） 昭和
利用希望者名	様	女	
住　　所	電話　　（　　）		
ふりがな		利用希望者から見た関係	同行者
相談者氏名	様	（　　）	（　　名）
相談者住所	電話　　（　　）		
現在の生活	自宅　　その他（　　）		
	施設・病院（　　）　　年　　月　　日　入所・入院		

保険者		負担割合		介護度	要介護	要支援
介護保険	認定日			有効期間		

・ＡＤＬ

・排泄

・食事　義歯（

・入浴・着脱

・認知症

・性格

・仕事

・趣味

家族状況

記入者：

書類：渡さず・渡した｜**料金表**：渡さず・渡した〔多・個／要介護　　／　　段階〕｜**家族洗濯**：可・不可