|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談室使用欄  （別紙様式2-1） |  |  | センター使用欄 |  |

高齢者いきいき相談室　相談・訪問記録票

※太枠内は必須記入項目

|  |  |
| --- | --- |
| 高齢者いきいき相談室名  （居宅介護支援事業所名） |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談（受付）  日時 | 年　　月　　日  時　　分　～　　時　　分 | 受付者 |  |
| 対象者に対する  相談履歴 | 新規・過去に相談あり | 相談手段 | 来所　　（当月　　回目）  電話　　（当月　　回目）  訪問　　（当月　　回目）  ※対象者に関する回数 |
| 相談種別 | 介護予防　・　高齢者虐待　・　成年後見制度　・　消費者被害　・　その他高齢者福祉 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 相談者（※対象者本人の場合あり） | |
| （フリガナ）  氏名 |  | | | |  | 家族構成図 |
| 住所 |  | | | |
| 電話番号 |  | | 対象者  との関係 |  |
| 何でいきいき  相談室を知ったか | 区役所（支所） ・ 保健所 ・ 民生委員  近所の方 ・ サービス事業所 ・ チラシ ・ 看板  その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（※対象者が居宅介護支援契約者等やその配偶者、直系血族、兄弟姉妹、同居人の場合は委託料対象になりません） | | | | | | | | | |
| 基本情報 | （フリガナ）  氏名 |  | | | 年齢 | | | 歳 | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 性別 | | | 男　・　女 | | |
| 住所 | （小学校区：　　　　　　） | | | | | | | | |
| 電話番号 | （自宅・携帯） | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| 世帯区分 | 独居・夫婦・同居・昼間独居 | | | | 住まい | | | 戸建　・　集合住宅 | |
| 連絡先１ | 氏名（　　　　　　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　　　　　　　）  対象者との関係（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先２ | 氏名（　　　　　　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　　　　　　　）  対象者との関係（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 介護保険 | 被保険者番号 |  | | | | | | | | |
| 事業対象者、  要支援・要介護度 |  | | 事業対象者、  要支援・要介護  の認定期間 | | |  | | | |
| 身体状況等 | 障害区分 | 身体障害者手帳（　　級：障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  精神障害者保健福祉手帳（　　　級）　　愛護手帳（　　　度） | | | | | | | | |
| 本人の現況 | 在宅　・　入院　・　入所 | | 認知症の有無 | | | 有　・　無 | | | |
| 主治医 | 医療機関（　　　　　　　　　　　　　　）医師名（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 病歴・  入院歴等 |  | | | | | | | | |
| 生活保護 | 有　・無 |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 相談種別（　介護予防　・　高齢者虐待　・　成年後見制度　・　消費者被害　・　その他高齢者福祉　）  ○主訴  ○相談内容  ○当日の対応  ○対応結果　（　終了　・　支援継続　・　他機関紹介　）  ※相談者に個人情報使用同意について確認。  　今回の相談で得た個人情報及び相談内容について圏域のいきいき支援センターへ送付・共有することの同意  　（　　承諾　　・　　拒否　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| いきいき相談室  責任者確認印 |  |
|  | いきいき支援センター提出日：　　　　年　　月　　日 |