**[FAX送付先]**□高齢者サポートセンター（　　　　　　） □介護福祉課（本庁）047-336-8008

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□行徳支所　 047-359-1194

**ケアマネジャーから高齢者サポートセンターへのケース相談シート**

提出年月日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談者 | 事業所名 |  |
| 担当者 |  | 連絡先　　　　 | （　　　） |
| 対象者（イニシャル） |  | 年齢 | ４０～64歳・６５～７５歳・７５歳以上 |
| 性別 | 　　　　　男　　・　　女 |
| 住所（町名のみ） |  | 要支援 | １　２ |
| 要介護 | １　２　３　４　５　・　申請中 |
| 相談内容 | □家族・親族との連携・調整　　　□親族からのサービス拒否□本人からのサービス拒否　　　　□虐待の疑い□近隣トラブル　　　　　　　　　□金銭管理の困りごと□保証人不在の困りごと　　　　　□サービス利用料滞納に関する対応□医療機関との連携・調整　　　　□生活保護ＣＷとの連携・調整□退院・退所に関する相談　　　　□入所・入居に関する相談□消費者被害の対応　　　　　　　□介護サービスの適正化が図れない□精神科へのつなぎ　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 支援してほしいこと |  |

【相談シートの流れ】

順番②

担当高齢者サポートセンターより、相談者へ連絡を入れ、相談内容の詳細について聞き取りをさせていただきます。

順番①

相談者は、このシートの利用者の住所地の高齢者サポートセンターにＦＡＸしてください。