

[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	<input type="checkbox"/> 家族・親族との連携・調整 <input type="checkbox"/> 本人からのサービス拒否 <input type="checkbox"/> 近隣トラブル <input type="checkbox"/> 保証人不在の困りごと <input type="checkbox"/> 医療機関との連携・調整 <input type="checkbox"/> 退院・退所に関する相談 <input type="checkbox"/> 消費者被害の対応 <input type="checkbox"/> 精神科へのつなぎ	<input type="checkbox"/> 親族からのサービス拒否 <input type="checkbox"/> 虐待の疑い <input type="checkbox"/> 金銭管理の困りごと <input type="checkbox"/> サービス利用料滞納に関する対応 <input type="checkbox"/> 生活保護CWとの連携・調整 <input type="checkbox"/> 入所・入居に関する相談 <input type="checkbox"/> 介護サービスの適正化が図れない <input type="checkbox"/> その他 ( )			
支援してほしいこと					

### 【相談シートの流れ】

#### 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。



#### 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。