

[FAX 送付先] 高齢者サポートセンター ()

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・65～74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				
対象者の 情報提供の同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
主訴	<input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 支援依頼					
共有したいこと 支援してほしいこと (箇条書きで お願いします)						

【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。