**[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 | □有　　□無 | | | | | |
| 主訴 | □情報共有  □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。