

相談受付票

受付番号	ケースNO	新規	継続	対応者
相談受付 日時	令和 年 月 日 (水) ~	受付形態 電話・来所・訪問・その他()		
相談者	フリガナ	相談経路(本人との関係)		
	氏名			
	性別	女・男		
	年齢	年 月 日 生 (歳)	()	
	住所	(〒 -)	電話	
本人	フリガナ	性別	女・男	
	氏名	年齢	年 月 日 生 (歳)	
	住所	(〒 -)	電話	
受付内容	<input type="checkbox"/> ケアの内容に関わる事項 <input type="checkbox"/> 個人の嗜好・選択に関わる事 <input type="checkbox"/> 財産管理・遺産・遺言等 <input type="checkbox"/> 制度・施策・法律に関わる要 <input type="checkbox"/> 介護保険関係 <input type="checkbox"/> 介護保険申請代行 <input type="checkbox"/> ケアマネ紹介 <input type="checkbox"/> 介護保険外 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の活用 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設等への措置 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 困難事例 <input type="checkbox"/> 消費者被害 <input type="checkbox"/> その他()			
	<まとめ>			
対応内容	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> ケアの内容に関わる事項 <input type="checkbox"/> 個人の嗜好・選択に関わる事 <input type="checkbox"/> 財産管理・遺産・遺言等 <input type="checkbox"/> 制度・施策・法律に関わる要 <input type="checkbox"/> 介護保険関係 <input type="checkbox"/> 介護保険申請代行 <input type="checkbox"/> ケアマネ紹介 <input type="checkbox"/> 介護保険外 <input type="checkbox"/> その他()			
	<まとめ>			
結果	●継続(次回面談予定日) ○終結 ○中止 ○その他			