

# 相談シート

氏名		歳	男性・女性	住所	
生年月日	大・昭・平・令			電話番号	
相談者	(配偶者・子・親族・友人・事業者・その他)				
ご相談内容					
居宅介護支援事業所・ケアマネ					
介護保険情報	未申請	非該当	要支援 ( )	要介護 ( )	
かかりつけ医療機関				主治医	
家族構成・キーパーソン			備考		
名前					
続柄			連絡先	自宅・携帯	