家族相談表兼申込書

相談日　　年　　月　　日

フリガナ 氏名	殿	生年月日	明・大・昭 年　月　日生　歳
住所	〒 都 道 府 県		
入所理由	どのような理由で希望されましたか？		
介護保険	要介護度		被保険者番号
	有効期間	年　月　日 ～　年　月　日	
保護者	フリガナ 氏名	殿	続柄　（　）
	住所	〒 TEL　（　）　－	

⇩　同居者に○ 主な介護者に◎を付けてください。

	氏　名	続 柄	年齢	職　業	備　考
御家族					

その他連絡先	氏名 殿 続柄　（　）	住所 TEL（　）　－
担当居宅介護支援事業者		
既往歴	過去及び現在罹っている病気について記載してください。	
退所後の予定について	（　）　在宅で介護する （　）　福祉施設など予定している （　）　その他［　］	

介護老人保健施設やよい苑