

相談シート

相談者様		
Q1	お名前	様
Q2	ご関係	
Q3	会社(病院)名	
Q4	電話番号	- -
Q5	メールアドレス	@
対象者様		
Q6	性別	Q7 年齢 歳
Q8	要介護度	下記より番号をお選び下さい 1. 自立 2. 要支援 1 3. 要支援 2 4. 要介護 1 5. 要介護 2 6. 要介護 3 7. 要介護 4 6. 要介護 5 9. 申請中
Q9	現在のご状況	下記より番号をお選び下さい 1. 在宅生活 2. 入院中 3. 施設入居中
Q10	必要な医療	下記より番号をお選び下さい 1. 胃ろう 2. 経鼻経管要素 3. 膀胱ろう 4. インシュリン 5. ストマ 6. 中心静脈栄養 7. 在宅酸素 8. 人工透析 9. その他
Q11	ご希望の施設形態	下記より番号をお選び下さい 1. 有料老人ホーム 2. サービス付き高齢者向け住宅 3. わからない
Q12	ご希望エリア①	下記より番号をお選び下さい 1. 東京都(23区内) 2. 東京都(23区外) 3. 埼玉県 4. 神奈川県 5. 千葉県 6. その他
Q13	ご希望エリア② 自由記入 例・・・豊島区	
Q14	ご予算	下記より番号をお選び下さい 1. 10～14万円 2. 15～19万円 3. 20～24万円 4. 25～29万円 5. 30～34万円 6. その他
Q15	ご希望時期	下記より番号をお選び下さい 1. 急ぎ 2. 1か月以内 3. 3か月以内 4. 6か月以内 5. その他
Q16	その他ご希望 自由記入 例・・・リハビリ 服薬管理	