この相談票は包括支援センターに持参してください

（様式 1）

困りごと相談票

対象者氏名		相談者	本人・家族・（　　　）
住　所		電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	年　齢	歳

└ ６５歳未満は介護保険申請へ

1　最初のひとこと（該当があればチェック、その他のひとことがあれば記入）

（ひとことの種類）

□ 医師・病院に勧められた　□ 民生委員等に勧められた　□ 家族等に勧められた

□ サービスを使いたい　□ 困りごとがある　□ その他

（ひとことの内容）

2　生活状況について教えてください。（入院中の場合は、退院後の生活状況の見込み）

□ 一人で歩くことができない

（杖や歩行器を使用しても歩行できない）

□ 一人で食事をすることができない

□ 一人でトイレで排泄することができない

□ 物忘れが進行し、日常生活に支障がある

※環境要因によるものではなく、身体的な状況でチェック

□に１つでもチェックがある場合のみ要介護認定申請

3　通院の状況を教えてください。

主疾病

□ 通院中　（医療機関）　（主治医）

□ 入院中　（医療機関）　（主治医）

退院予定日　令和　　年　　月　　日

4　生活のどういったことにお困りですか？（誰が・いつから・何に困っているか）

連絡先 氏　名	本人 家族（　　　　　　続柄　　　）	電話番号	同上 別の連絡先（　　　　）
住所	同上・（　　　　　　　　）	受付担当者	
包括来所予定日時	令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分　頃		

【相談先】南国市地域包括支援センター

住所：南国市日吉町２丁目 3-28　南国市社会福祉センター1 階

電話：０８８－８０４－６０１０　開設時間：８：３０～１７：１５（土・日・祝日除く）