

FAX: 023-674-8967

高齢者住宅のおまかせトリアージ

低価格の高齢者専用賃貸住宅、住宅型有料老人ホームなどスピーディにご案内します。

【相談・見学・仲介手数料すべて無料です】

施設A

専門相談員から
ご家族へお電話

FAX → 



施設B

ヒアリング
高齢者住宅専門相談員が
直接希望等を聞き取り

お迎え
ご自宅・病院まで
案内担当者がお迎え

ご見学
病状や希望条件に合わせ
住宅・施設をご提案

※ 太枠内は必ずご記入下さい。

ご相談者			様	連絡希望日時			
入居者との続柄				連絡先	自宅		
お住まい	(県・市・区)				携帯		

入居予定者			様	年齢		才	性別	男	・	女		
お住まい	(県・市・区)			入院中の病院								
介護度	自立 / 申請中(想定:)							申請不可 /	不明			
現介護度	支援1 / 支援2 / 介護1 / 介護2 / 介護3 / 介護4 / 介護5											
その他障害認定	() 級				() 級							
現状況1	●入院中(退院予定:)			●施設入所中(種類:)			退所予定:)					
	●一人住まい			●ご夫婦のみ			●ご家族同居()			と同居)		●その他()
現状況2	●年金(万/月) /			●生活保護【受給中()			区・市)			・申請予定】		
予算	初期費用:			月額の生活費(家賃・食費込)			万/月					
希望エリア	第1希望:			第2希望:			第3希望:					

入居後に必要な医療行為、その他該当箇所を○で囲んで下さい。

- 必要な医療行為 ⇒ ●なし ●透析 ●在宅酸素 ●胃ろう ●認知症 ●インスリン自己注可 ●インスリン自己注不可
- その他医療行為 ()

ご記入者:(

病院/包括センター) ご担当:

連絡先:

備考: