

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



施設 B



FAX →



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 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 2	●年金(万/月) / ●生活保護【受給中(区・市) ・ 申請予定 】									
予算	初期費用:			月額的生活費(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:



ウチシルベ

高齢者住宅仲介センター