

受付シート

記載例

記入日：令和元年11月18日

相談者氏名：唐津 花子

ふりがな 被保険者名	からつ たろう	認定等	<input type="checkbox"/> 要支援者 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	唐津 太郎	生年月日	S22.3.1	年齢	72	性別	男
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居（同居者： ） <input type="checkbox"/> 昼間一人						
ふりがな 立会者氏名 (住まい)	からつ はなこ	続柄	長女	電話番号	<input type="checkbox"/> ①0955-〇〇-〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> ②090-△△△△-△△△△		
	唐津 花子 (福岡市 住まい)						
相談理由	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活が困難になってきた <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 膝痛ありのため歩きづらい。階段の上り下りも時間がかかる。 認知症の進行もあり、退院後も一人にしておけない。 </div>						
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・医療機関に勧められた (〇〇病院の〇〇先生にすすめられた)						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						
身体 状 況	主な疾患	既往歴	膝痛 (令和元年10月～) 認知症 (平成30年頃～) 脳梗塞 (平成29年頃) により左足麻痺あり				
		<input type="checkbox"/> 入院中	医療機関名 ()	病名 ()	退院予定日 ()		
	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	難聴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明	
	手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	障害サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (サービス内容)					
		①	②	特記			
	I 歩行	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	ふらつく。外出時杖使用。転倒にリスクあり			
	II 食事	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
	III 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	紙パンツを使用			
	IV 洗身	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
V 着脱	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	ズボンの着脱に介助必要				
VI 物忘れ等	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	日にちの感覚がない。外出すると戻ってこれないこともある。				
利用 希望 サー ビス	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプ)	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	現在受けている医療サービス： <input checked="" type="checkbox"/> 有・無			
		<input type="checkbox"/> 訪問リハ	<input type="checkbox"/> 通所リハ	↓ 有る場合、利用しているサービス内容			
		<input type="checkbox"/> 在宅療養 管理指導	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 医療訪問看護 (月・火・水・木・金)			
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 小規模 多機能	<input checked="" type="checkbox"/> 医療リハビリ (月・火・水・木・金)			
		<input type="checkbox"/> 看護 小規模	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具				
	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> その他					
判 定	<input type="checkbox"/> ①のみ該当	<input checked="" type="checkbox"/> ②に1つでも該当		予診票			
	基本チェックリスト 実施	要介護認定申請 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 変更		<input checked="" type="checkbox"/> 提供済 <input type="checkbox"/> 不要			
現在利用している 介護サービス	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 総合事業		・通所サービス (月・火・水・木・金) ・ホームヘルプ (月・火・水・木・金) ・住宅改修：有・無 ・その他 ()				
備 考	※施設入所希望だが在宅の場合は他のサービスを複数利用したい。 外出すると戻ってこれないことがあり、妻の心労あり。 妻は要支援2の認定をもっており、介助はそれほど望めず、長女もいるが頻回の訪問はできず、夫婦だけの生活では困難が生じている。						
記入者		<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> センター <input type="checkbox"/> 包括 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所等 居宅介護支援事業所 〇〇〇〇					

受付シート

記入日：令和 年 月 日

相談者氏名：

ふりがな 被保険者名	認定等		<input type="checkbox"/> 要支援者 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 無			
	生年 月日	年齢	性別			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居（同居者： ）		<input type="checkbox"/> 昼間一人			
ふりがな 立会者氏名 (住まい)			電話番号	①		
相談理由	<input type="checkbox"/> 日常生活		ふりがなをお願いします。 (連絡の際に確認しやすいため)		<input type="checkbox"/> 携帯電話があれば記入してください。 <input type="checkbox"/> 固定電話の場合はつながる時間帯を記入してください。 <input type="checkbox"/> 番号間違いのないよう、正確に記入してください。	
	※立会者本人の了承を必ず得てください※ <input type="checkbox"/> 立ち会いは、開庁日に都合がつく人をお願いします。調査には1時間～1時間半ほど時間を要することもお伝えください。 <input type="checkbox"/> 調査のための電話が、介護認定係(58-8095)からあることを必ず伝えてください。					
主な疾患	<input type="checkbox"/> 入院中 () () ()		退院予定日		()	
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明
身体 状況	手帳等の有 無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	障害サ ービス 利用の有 無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (サービス内容)				
状 況	①		②		特 記	
	I 歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
	II 食事	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
	III 排泄	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
	IV 洗身	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
	V 着脱	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
	VI 物忘れ等	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある			
利用 希望 サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプ)	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	現在受けている医療サービス：有・無		
		<input type="checkbox"/> 訪問リハ	<input type="checkbox"/> 通所リハ	↓ 有る場合、利用しているサービス内容		
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅療養 管理指導	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 医療訪問看護(月・火・水・木・金)		
		<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 小規模 多機能	<input type="checkbox"/> 医療リハビリ(月・火・水・木・金)		
	<input type="checkbox"/> 看護 小規模	<input type="checkbox"/> 福祉用具				
	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> その他				
判 定	<input type="checkbox"/> ①のみ該当		<input type="checkbox"/> ②に1つでも該当		予診票	
	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト 実施		<input type="checkbox"/> 要介護認定申請 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 変更		<input type="checkbox"/> 提供済 <input type="checkbox"/> 不要	
現在利用している 介護サービス	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 総合事業		・通所サービス(月・火・水・木・金) ・ホームヘルプ(月・火・水・木・金)		・住宅改修：有・無 ・その他()	
備 考	・小規模利用(通所・訪問・宿泊) ・総合事業利用(通所・訪問) ・介護保険利用(変更等) →(通所・訪問・その他サービス)					左記のような利用があれば、その利用日や利用回数を記入してください。
記入者		<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> センター <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 事業所等				