

受付シート

記入日：令和 5 年 3 月 1 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	S15.1.1	年齢	83	性別
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	（住まい） 唐津 花子	続柄	長女	電話番号	① 090-0000-0000 ② 0955-00-0000
	唐津 花子		（住まい） 唐津 花子	（続柄） 長女	電話番号	① 090-0000-0000 ② 0955-00-0000
調査場所	自宅		連絡の希望時間	いつでも可・午前・午後		
相談理由	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活が困難になってきた 膝痛により入院。以前から家に閉じこもりがち。 認知症の進行もあり、退院後も一人にしておけない。					
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・医療機関等に勧められた（〇〇病院）					
	<input type="checkbox"/> その他（_____）					
身体状況	主な疾患	既往歴	膝痛（令和2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 checked="" type="checkbox"/> 入院中	医療機関名 （〇〇病院）	病名 （変形性膝関節症）	退院予定日 （12月下旬）	
	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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（〇〇〇〇〇〇〇による身体障害者手帳〇種〇級）				
	障害サービス利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（サービス内容_____）				
		①	②	特記		
	I 移動	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部・全介助	ふらつく。外出時杖利用。転倒にリスクあり。		
	II 食事	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部・全介助			
	III 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部・全介助	紙パンツ使用。		
	IV 洗身	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部・全介助	洗身介助している。		
V 着脱	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部・全介助	ズボンの着脱に介助必要。			
VI 物忘れ等	<input type="checkbox"/> なし・年相応	<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 checked="" 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"/> 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"/> 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（_____） 利用中の場合：事業所名（_____）				
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の認定を持っており、介助はそれほど望まず、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			