

# 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		□要支援者 □要介護者 □事業対象者 □無			
	生年月日	年齢	性別			
世帯状況	□一人暮らし □夫婦世帯 □家族と同居（同居者： _____）		□昼間一人			
ふりがな 立会者氏名 (住まい)	( 住まい )	続柄	電話番号	① _____ ② _____		
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	□日常生活が困難になってきた ( _____ )					
	□家族・医療機関等に勧められた ( _____ )					
	□その他 ( _____ )					
身 体 状 況	主な疾患	既往歴				
		□入院中	医療機関名 ( _____ )	病名 ( _____ )	退院予定日 ( _____ )	
	麻痺	□有 □無	難聴	□無 □有 □不明	意思疎通	□可 □困難 □不明
	手帳等の有無	□無 □有 ( _____ )				
	障害サービス利用の有無	□無 □有 ( サービス内容 _____ )				
		①	②	特 記		
	I 移動	□できる	□一部・全介助			
	II 食事	□できる	□一部・全介助			
	III 排泄	□できる	□一部・全介助			
	IV 洗身	□できる	□一部・全介助			
V 着脱	□できる	□一部・全介助				
VI 物忘れ等	□なし・年相応		□日常生活に支障がある			
利用希望サービス	□訪問介護 (ホームヘルプ)	□訪問看護	□訪問入浴	現在受けている医療サービス： 有・無		
		□訪問リハ	□通所リハ	↓ 有る場合、利用しているサービス内容		
		□居宅療養管理指導	□短期入所	□医療訪問看護（月・火・水・木・金）		
	□通所介護 (デイサービス)	□施設入所	□小規模多機能	□医療リハビリ（月・火・水・木・金）		
		□看護小規模	□福祉用具			
		□住宅改修	□その他			
判 定	□ ①のみ該当	□ 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 □新規 □更新 □介護 □変更		□提供済 □不要		
現在利用している介護サービス	□ 介護保険サービス □ 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） 利用中の場合：事業所名（ _____ ）		・住宅改修：有・無 ・その他（ _____ ）		
備 考						
		記入者	□本庁 □センター □包括 □事業所等			