受　付　シ　ー　ト

記　入　日：　令和　　年　　月　　日

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		
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歩行	☐できる	☐できない	
Ⅱ食事	☐できる	☐できない	
Ⅲ排泄	☐できる	☐できない	
Ⅳ洗身	☐できる	☐できない	
Ⅴ着脱	☐できる	☐できない	
Ⅵ物忘れ等	☐なし	☐日常生活に支障がある	

利用希望サービス	☐訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ）	☐ 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（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）	☐ 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）　・住宅改修：有・無 ・ホームヘルプ（月・火・水・木・金）　・その他（　　）
備　考		
記入者	☐本庁　☐センター　☐包括　☐事業所等	