

受付シート

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 |
| 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 | ① 090-0000-0000 | |
| | 唐津 花子（住まい 福岡市） | | | | | ② 0955-00-0000 | |
| 相談理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活が 困難になってきた | | 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、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。外出時杖利用。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 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 基本チェックリスト 実施 | <input checked="" type="checkbox"/> ②に1つでも該当 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 | | 予診票 | | | |
| | | | | | <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の認定を持っており、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 で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 type="checkbox"/> 事業所等 | | | |