

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 基本チェックリスト 実施		☐ ②に1つでも該当 要介護認定申請 □新規 □更新 □介護 □変更		予診票		
				□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		