

受付シート

受付者：市・包括・居宅

()

どなたのご相談ですか？（本人・家族・その他） 記入日：

| | | | |
|-------|----------|-------|---------------------------|
| ふりがな | | | 住所 |
| 対象者氏名 | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 月 日 | 年齢 歳 |
| 家族状況 | | | ※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ |

1 窓口にご相談に来られた理由は何ですか。

- () 医療機関に勧められた
- () 家族が心配して・友人等に勧められて
- () 足腰が弱くなってきたから
- () 使いたいサービスがある
- () その他()

| |
|---|
| 病名 () ※ガン末期など、進行性の病気により病状不安定のため、3で正確に判定できない場合、②へ |
|---|

① 基本チェックリスト ② 要介護認定申請

※①と②の両方に該当した場合は②へ

2 現在、介護認定を受けていますか。

| | |
|---------------|--------|
| 受けていない、要支援1、2 | 要介護1～5 |
|---------------|--------|

3 生活状況について

- 歩行(歩けるか、一人で外出できるか)
- 更衣(着替えができる)
- 清潔(一人でお風呂に入れる)
- 食事(一人で食事ができるか)
- 排泄(一人でトイレにいけるか)
- 日常生活に支障がある物忘れがある

| | |
|-------------|------|
| できる・つかまれば可 | できない |
| できる・一部助けが必要 | できない |
| できる | できない |
| できる | できない |
| できる | できない |
| なし | ある |

4 現在利用しているサービス又は使いたいサービスがありますか。

※注意
質問2～3の回答がすべて①であり、質問4の回答が②の場合は、介護保険制度を説明し、本人等の希望を聞き取ること

| | |
|--------------|---------------|
| 訪問介護(ホームヘルプ) | 訪問リハビリ・通所リハビリ |
| 通所介護(デイサービス) | 訪問看護・居宅療養管理指導 |
| | 福祉用具・住宅改修 |
| | 短期入所生活介護・施設入所 |
| | その他() |

| | |
|--------------|------------------------|
| 結果 | ①基本チェックリスト ②要介護認定申請 |
| 理由 申し送り事項 | |
| メモ欄 | |