

受付シート

どなたのご相談ですか？（本人・家族・その他） 記入日：令和 年 月 日

ふりがな 対象者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
		年	年齢 歳

※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

1. 現在、介護認定を受けていますか。

- 受けていない
 受けている ※要介護認定申請状況の確認

※①と②の両方に該当した場合は②へ

2. 窓口に相談に来られた理由は何ですか。

- 医療機関(医師)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

3. 生活状況について

- 歩行(歩けるか)
 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)
 日常生活に支障がある物忘れがある

4. 使いたいサービスがありますか。

	① 基本チェックリスト	② 要介護認定申請
	外来通院中	入院中
	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
	なし	ある
		おむつ事業
★	訪問介護(ホームヘルプ)	通所リハビリ(デイケア)
★	通所介護(デイサービス)	訪問看護
★		福祉用具
★		短期入所生活介護(ショートステイ)
★		住宅改修
★		施設入所

※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、総合事業についてご理解いただいた上で①へ。