

受付シート①

相談のみ

新規申請

区分変更

転入

被保険者番号(

)

記入日	年	月	日	担当包括・CM		対応者		
フリガナ					性別	男	女	
対象者氏名 (認定を受ける人)					生年月日	明・大・昭	年 月 日	
住 所 (認定を受ける人)					TEL	—	—	
相談内容(主訴) 区分変更の理由								
現在利用している 相談機関	無 有 (担当)							
<家族構成>				<医療状況>				
				病名	時期(いつから)	主治医(病院名)	服薬の有無	
<介護者の状況>								
対応内容・送り事項・本人の特性等								
包括への情報提供				了承済 ・ 拒否 ・ 説明未	非該当 ・ 却下の説明 済 ・ 未			
総合事業の説明				実施済 ・ 未	総合事業対象者の確認 該当 ・ 非該当			

受付シート②

フリガナ		本人との関係（ 例：夫、長男（長女）、長男の妻など																									
相談者氏名 （窓口に来た人）																											
相談者住所 （窓口に来た人）		TEL	— —																								
1.窓口相談に来られた理由は何ですか ※あてはまるものに○をつけてください【複数回答可】。 （ ）医療機関（医師等）・包括にすすめられたから（誰に （ ）足腰が弱って助けが必要になってきたから （ ）使いたいサービスがあるから （ ）その他 理由【																											
2.生活状況について ※ あてはまるものに○をつけてください。 <table><tr><td>歩行</td><td>一人でできる</td><td>一部助けが必要</td><td>できない（していない）</td></tr><tr><td>食事</td><td>一人でできる</td><td>一部助けが必要</td><td>全面的に助けが必要</td></tr><tr><td>排せつ</td><td>一人でできる</td><td>一部助けが必要</td><td>全面的に助けが必要</td></tr><tr><td>入浴</td><td>一人でできる</td><td>一部助けが必要</td><td>全面的に助けが必要</td></tr><tr><td>日常生活に支障がある 物忘れ</td><td>ない</td><td>ある（</td><td>）</td></tr><tr><td>コミュニケーション</td><td>支障なし</td><td>支障あり（</td><td>） 例：難聴、失語症</td></tr></table>				歩行	一人でできる	一部助けが必要	できない（していない）	食事	一人でできる	一部助けが必要	全面的に助けが必要	排せつ	一人でできる	一部助けが必要	全面的に助けが必要	入浴	一人でできる	一部助けが必要	全面的に助けが必要	日常生活に支障がある 物忘れ	ない	ある（	）	コミュニケーション	支障なし	支障あり（	） 例：難聴、失語症
歩行	一人でできる	一部助けが必要	できない（していない）																								
食事	一人でできる	一部助けが必要	全面的に助けが必要																								
排せつ	一人でできる	一部助けが必要	全面的に助けが必要																								
入浴	一人でできる	一部助けが必要	全面的に助けが必要																								
日常生活に支障がある 物忘れ	ない	ある（	）																								
コミュニケーション	支障なし	支障あり（	） 例：難聴、失語症																								
3.使いたいサービスがありますか ※あてはまるものに○をつけてください【複数回答可】。 ・ デイサービス ・ デイケア ・ ヘルパー ・ 訪問看護 ・ 福祉用具（ ・ 住宅改修（ ・ ショートステイ ・ 施設入所 ・ その他（																											