

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 ()
相談者氏名 (窓口に来た人)		例 : 夫、長男(長女)、長男の妻など
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。

歩 行	一人できる	一部助けが必要	できない(していない)
食 事	一人できる	一部助けが必要	全面的に助けが必要
排 せ つ	一人できる	一部助けが必要	全面的に助けが必要
入 浴	一人できる	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()