

介護認定申請受付シート

氏名 生年月日 年 月 日 住所 TEL

来庁者： 本人 ・ 家族 ・ 知人 ・ 包括 ・ ケアマネ ・ その他（ ）

来庁者氏名 続柄 TEL

現在の状況を教えてください(当てはまるところに○をしてください、複数選択可)

I 窓口に来られた理由は何ですか。

☐ 医療機関の勧め ☐ 包括の勧め ☐ サービスの利用を希望 ☐ 足腰が弱った ☐ その他（ ）

II 介護を要する原因は何ですか。

(1) 病気 ☐ 脳梗塞・脳出血：片麻痺・失語・半側無視・高次脳障害・その他（ ）
☐ がん：脳・肺・食道・胃・肝臓・膵臓・血液・腸・乳・子宮・前立腺・その他（ ）
☐ 認知症 ☐ 関節リウマチ ☐ ALS ☐ パーキンソン病
☐ 心臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 腎臓病 ☐ 閉塞性肺疾患 ☐ 肺炎
☐ 膝関節症 ☐ 脊柱管狭窄症 ☐ 腰椎ヘルニア ☐ 脊髄小脳変性症
☐ その他（ ）

(2) ケガ ☐ 転倒・転落・交通事故（いつですか）
☐ 骨折 大腿部・膝・足・肩・腕・手首
背骨(圧迫骨折)・首・その他（ ）
☐ その他（ ）

(3) 時期(いつから) ☐ 病気・ケガ 年 月 日
☐ 入院 年 月 日 病院名（ ）
転院予定 あり・なし ありの場合：いつですか（ 月 日）
病院名（ ）
退院予定 あり・なし ありの場合：いつですか（ 月 日）

(4) どんな治療をしていますか。

☐ 手術 ☐ 点滴 ☐ 内服 ☐ 注射 ☐ 放射線 ☐ 抗がん剤 ☐ 在宅酸素 ☐ 透析

☐ 経管栄養 ☐ ストーマ ☐ カテーテル ☐ コルセット ☐ ギプス固定 ☐ その他（ ）

Ⅲ

家族状況：独居・同居(夫婦世帯)・同居(その他：)

介護者の状況：主介護者 ☐夫 ☐妻 ☐子 ☐孫 ☐その他()

Ⅳ

相談先：あり・なし

☐介護支援専門員 ☐包括支援センター ☐病院の相談員 ☐市の職員 ☐その他()

Ⅴ

生活の状況について(ここ最近の様子でお書きください)

歩行	一人でできる	一部助けが必要	できない
		☐ 杖 ☐ 歩行器	☐ 車椅子 ☐ ベッド上
食事	一人でできる	一部助けが必要	全面に介助が必要
			☐ 介護者が食べさせる ☐ 経管栄養 ☐ 点滴
排泄	一人でできる	一部助けが必要	全面に介助が必要
			☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ
入浴	一人でできる	一部助けが必要	全面に介助が必要
			☐ 清拭 ☐ 介護者の介助
物忘れ	ある	☐ すぐ前の出来事を忘れる ☐ 聞いたことを忘れる ☐ 内服できない	
		☐ 予定を忘れる ☐ 物の置き忘れがある ☐ 徘徊がある ☐ 道に迷う	
		☐ 動作が分からない	
	ない		
コミュニケーション	支障あり	☐ 難聴 ☐ 失語症	
	支障なし		

Ⅵ

使いたいサービスはありますか

☐デイサービス ☐デイケア ☐ヘルパー ☐福祉用具()

☐住宅改修() ☐ショートステイ ☐施設入所 ☐その他()

☐現在検討中 ☐必要時検討予定

以下記入しないでください(市記入欄)

申送り事項

新規・区変・転入・相談(日付 年 月 日) 被保番号

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

至急調査：調査日 2週間後の調査：退院後・転院後

保険係確認事項：第三者行為・2号国保

配慮事項：

学区