

サービス利用相談受付票

【基本情報】

氏名		被保険者番号	2600
生年月日	年 月 日	電話番号	
現在の状況	①入院中・入所中（場所： ） ②自宅では（独居・ と 人暮らし）		
申請に至った経緯	【現病歴： 】		
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日		

【生活状況】 ※あてはまるものに○をつけ、空欄に介護の状態等を記入してください。

歩行	①つかまらない ②何かにつかまる ③見守り ④全般に介助・常時支える
洗身	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助
排せつ	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助
食事	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助
薬の内服	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助
金銭管理	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助
地域とのつながり	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助
もの忘れ	①日常生活に支障なし ②日常生活に支障あり
歩行が④の場合、又はもの忘れが②の場合若しくは、その他の全てが②以上の場合には要介護認定申請へ	

【必要と想定される支援内容】 ※あてはまるものに○又は ( ) に記入

訪問型サービス・通所型サービス・訪問看護・通所リハビリテーション・住宅改修・福祉用具購入・その他 ( )
--

【判断】

基本チェックリスト		要介護認定申請		非 該 当	
受付担当		滞	あり・なし	受付年月日	年 月 日

※代行申請の場合は事業所の職員名