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・通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ・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