

相談受付票

申請区分: 介護申請・総合事業/新規・変更

申請日: 年 月 日

記入日: 年 月 日 (AM・PM)

記入場所: 課(受付者:)

(来庁・電話・訪問)

下記の太枠内を書ける範囲でご記入ください

㊤ 裏面も記入してください

① 対象者	ふりがな 氏名 (男・女)	被保険者番号 000
	住所 (地区)	生年月日 年 月 日 (歳)
	電話(自宅) (携帯)	医療保険 後期高齢者医療・国保・社保・生保・その他()
	現在の状況	未申請・事業対象者・要支援()・要介護()
② 相談者	ふりがな 氏名 (男・女) (続柄)	住所 ()
	住所	電話 ()
③ 生活のどのようなことにお困りですか ※主訴・申請理由も記入 ※書ききれない場合は、裏面15へ記入してください	申請を勧められた方 (<input type="checkbox"/> 医師・病院から <input type="checkbox"/> 民生委員から <input type="checkbox"/> 家族等から <input type="checkbox"/> その他の方から) 内容(<input type="checkbox"/> サービスがほしい <input type="checkbox"/> 困りごとがある <input type="checkbox"/> その他) ※だれが、いつ、何に 困っているか	ジェノグラム(家系図) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女・対象者 <input type="checkbox"/> 同居家族は点線で囲む キーパーソンには☆印をする
	④ 家族状況	独居・日中独居・老々世帯() 同居家族あり()
⑤ 対象者の状況	在宅・入院中 (病院名: 入院日: 年 月 日 退院予定日: 年 月 日) 施設入所 (施設名)	
⑥ ADL・疾患等 ㊤ 環境的な要因ではないもの 記載に自立的な介助が必要か、どのよう に自立しているかを、各項目右側へ、 どのよう な介助 が必要 か、ど のよう に自 立し てい るか を、 各 項 目 右 側 へ、	<input type="checkbox"/> 1人で歩くことができない 移動(自立・一部介助・介助)例:杖	
	<input type="checkbox"/> 1人で食事をすることができない 食事(自立・一部介助・介助)	
	着替え(自立・一部介助・全介助)	
	<input type="checkbox"/> 1人でトイレに排泄することができない 排泄(自立・一部介助・介助)例:オムツ	
	洗身(自立・一部介助・介助)	
	<input type="checkbox"/> 物忘れの進行により、日常生活に支障がある 物忘れ(なし・時々ある・ある)大変なこと等	
	服薬(自立・一部介助・介助)	
	※サービス・医療に繋がりにくい場合もここへ記入	
	他の認知症状(意欲や理解力の低下・暴力・徘徊・その他())	
	その他()	
申請に至った主な既往歴(骨折・脳卒中・認知症など)		
年 月 日頃 (疾患名) (病院名・主治医)		
年 月 日頃 (疾患名) (病院名・主治医)		
⑦ 主治医	病院名: 医師名: 直近 受診日 年 月 日 次回受診 予定日 年 月 日	
⑧ 調査調整 連絡先	氏名 (続柄) 電話: ※ 認定調査の日時調整をするための連絡先です	
⑨ 調査 立会い	調査の立会者: <input type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない ※ いる にチェックの場合、立会者の氏名等ご記入ください 氏名: (続柄:) 氏名: (続柄:)	
⑩ 現在利用している介護保険以外のサービスを記入してください		

