**[埼玉県狭山市]**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **相談受付票** | | | **令和 　　年　 　月　 　日** | | | **記入者** | | |  |
| **事業者名** | | |  |
| **申請者名** | | |  |
|  |  | | | | **男・女** | **生年月日** | **T**  **S** | **.　　.　　（**歳**）** | |
| **本人住所** | **狭山市** | | | | | **電話番号** |  | | |
| **申請区分** | **１,新規申請 ２,更新申請（有効期間　 　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　まで　）**  **３,変更申請**  （変更理由 　 　　） | | | | | | | | |
| **訪問先** | **入院（所）**  **施設名** | （　　　　　　　病棟） | | | | **所在地** |  | | |
| **電話番号** |  | | |
| **居住地の**  **住所** | ※居住地が住所と異なる場合に記入 | | | | **電話番号** |  | | |
| **調査場所付近に駐車場所はありますか？**ある　（場所：　　　　　　　　）　　　なし | | | | | | | | |
| **認定調査の立会い** | **同席者の氏名** | | |  | | **連絡先** | 自宅  携帯 | | |
| **本人との関係** | | | （ 同居・別居 ） | |
| **留意事項** | **都合の悪い日程（　　　　　　　　　　　　　　 　　　）　・特に希望なし** | | | | | | | | |
| **調査の際に配慮の必要なことはありますか？**　（例）筆談が必要、等 | | | | | | | | |

**１、本人の状況についてお尋ねします**

|  |
| --- |
| **（１）家族構成**（〇を付けてください）  ・独居　　　　　・夫婦のみ　　　　・その他家族と同居（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **（２）受診状況**  頻度（　　　回／　　か月）　　　　前回受診日（　　　　　　　）　　　次回受診日（　　　　　　　） |
| **（３）その他**（主な疾患や問題になっていること等） |

**２、利用希望のサービスは何ですか？**（〇を付けてください）

|  |
| --- |
| ・訪問介護（ヘルパー）　　・通所介護（デイサービス）　　・リハビリ（訪問リハビリ・通所リハビリ）  ・訪問看護　　・居宅療養管理指導　　・短期入所生活・療養介護（ショートステイ）  ・福祉用具（貸与・購入）　・住宅改修　・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）  ・施設入所サービス（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・有料老人ホーム等） |