

<b>相談受付票</b>	令和 年 月 日		記入者		
			事業者名		
			申請者名		
ふりがな 本人氏名		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(○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?(○を付けてください)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> </ul>
--