

|              |                                                                                                        |          |          |             |       |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-------------|-------|
| 相談受付票        |                                                                                                        | 令和 年 月 日 |          | 記入者         |       |
|              |                                                                                                        |          |          | 事業者名        |       |
|              |                                                                                                        | 保回収:要・不要 | 資配付:要・不要 | 申請者名        |       |
| ふりがな<br>本人氏名 |                                                                                                        | 男・女      | 生年月日     | M<br>T<br>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 年 月 日 ~ 年 月 日)<br>3,変更申請 (変更理由 )                                                    |          |          |             |       |
| 認定調査上の留意事項   | 1,実際の居住地(訪問先)<br>①入院(所)施設名 [ ] 所在地 [ ]<br>※病棟等分かれば記入 電話番号 [ ]<br>②在宅の場合の連絡先 [ ]<br>※実際に居住する住所・電話番号 [ ] |          |          |             |       |
|              | 2,立会い(する・しない)氏名[ ]本人との関係[ 同居・別居 ]<br>連絡先 [自宅・携帯(優先順位記入) ]<br>連絡つきやすい日時 [ ]                             |          |          |             |       |
|              | 3,都合の悪い日程( )・特に希望なし                                                                                    |          |          |             |       |
|              | 4,本人にコミュニケーションについての障害がありますか? ( はい・いいえ )<br>具体的な障害 [例えば、難聴・失語症・理解力の低下等 ]                                |          |          |             |       |
|              | 5,その他調査の際に配慮の必要なことはありますか?<br>[ ]                                                                       |          |          |             |       |

身体障害者手帳 あり( 級)なし、療育手帳 あり( 級)なし

1,本人の状況についてお尋ねします

- ・家族構成 ( 本人 . . . )
- ・主な疾患や問題になっていることは何ですか?

|                     |
|---------------------|
| 受診状況:受診頻度 ( 回/ か月 ) |
| 前回の受診日( )           |
| 次の受診日( )            |

※新規申請・初めて依頼する主治医

⇒了承(済・予定)

2,最近の日常生活等について

|         |                                                |
|---------|------------------------------------------------|
| 歩行について  | 歩けますか?( はい ・ 一部介助が必要 ・ いいえ )<br>屋内 [ ] 屋外 [ ]  |
| 排泄について  | 一人で出来ますか?( はい ・ 一部介助が必要 ・ いいえ )<br>状況 [ ]      |
| 物忘れについて | 物忘れ、しまい忘れ、怒りっぽくなった、日にち・曜日の間違い等ありますか?<br>状況 [ ] |

3 在宅サービスの利用についてお尋ねします。

| 在宅サービス名                          |       | 利用曜日 | 事業所名 | 種類 |
|----------------------------------|-------|------|------|----|
| 訪問介護(ホームヘルプサービス)                 | 月 回   |      |      |    |
| 通所介護(デイサービス)                     | 月 回   |      |      |    |
| 訪問入浴介護                           | 月 回   |      |      |    |
| 訪問看護                             | 月 回   |      |      |    |
| 訪問リハビリテーション                      | 月 回   |      |      |    |
| 居宅療養管理指導                         | 月 回   |      |      |    |
| 通所リハビリテーション(デイケア)                | 月 回   |      |      |    |
| 短期入所生活介護(特養)                     | 月 日   |      |      |    |
| 短期入所療養介護(老健・診療所)                 | 月 日   |      |      |    |
| 認知症対応型共同生活介護                     | 月 日   |      |      |    |
| 特定施設入所者生活介護                      | 月 日   |      |      |    |
| 福祉用具貸与(※1)                       | 品目    |      |      |    |
| 福祉用具購入(※2)                       | 品目    |      |      |    |
| 住宅改修                             | あり・なし |      |      |    |
| その他 緊急通報サービス・配食サービス・おむつ給付・その他( ) |       |      |      |    |

※1 は聞き取り日、※2 は過去6か月の品目数を記入

4 認定申請をするすべての方にお尋ねします。

ご利用になりたいサービスは？

※平成 29 年 4 月 1 日からの総合事業開始に伴い、認定結果に関わらず、訪問介護・通所介護の利用についてご本人等の利用希望の有無を必ずご記入ください。

- ・訪問介護(ヘルパー)
- ・通所介護(デイサービス)
- ・通所リハ(デイケア)
- ・訪問看護
- ・居宅療養管理指導
- ・訪問リハ
- ・訪問入浴介護
- ・特定施設入所者生活介護
- ・福祉用具購入
- ・福祉用具貸与
- ・住宅改修
- ・認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- ・短期入所生活・療養介護(ショートステイ)
- ・施設入所サービス(老人福祉施設・老人保健施設・療養型医療施設・介護医療院)

5 居宅介護支援事業者はもうお決まりですか？ 事業所名( )

6 昨年度の介護保険料の納付は全額お済みですか？ ( ①完納 ②未納がある ③不明 )