

相談受付票

相談受付者 ()

対象者	被保険者番号										受付日	令和 年 月 日
	フリガナ										生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名										年齢・性別	満 歳 男・女
	住所	〒 - 電話 - -										

【相談内容】(相談者： (続柄)) 【以前の生活状況】

--	--

【利用希望のサービス】

デイサービス ヘルパー 住宅改修 福祉用具購入 その他 ()

【現在の身体状況】

ADL項目	している	できるが していない	介助が あれば できる	できない	特記事項	【認知症状について】
						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		【日常生活の主な過ごし方】
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(介助が必要な理由)						
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行	
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行	
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		【その他特記すべきこと】
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食事の準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
受診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
調理、ゴミだし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お金の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
電話をかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
現在・過去1年	医療機関				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
間入退院状況	医療機関				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

必要手続き⇒ 要介護・要支援認定申請へ 事業認定申請へ その他 () 長寿派遣

【認定調査の訪問調整に関すること】

訪問の日程調整は、どなたとすればよろしいですか
 本人 本人以外 (A 氏名 続柄： TEL)
 訪問時は同席を希望されますか
 希望しない Aと同じものが希望する
 A以外のもの (氏名 続柄： TEL)
 訪問場所について
 自宅 病院 () その他 ()

訪問前に伝えておきたいこと