

介護相談受付シート

記入日：平成 年 月 日（ ）

記入者：市・包括・事業所（ ）

記入者（ ）

どなたのご相談ですか。（本人・家族・その他 ）

対象者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）（40～65歳以下の場合（※継続）→要介護認定申請へ）		
《結果》基本チェックリスト実施対象者の場合のみ記入			
住 所		電話番号	— —
本人以外への連絡を希望する場合	氏名：	続柄：	連絡先：

1. 窓口にご相談に来られた理由は何ですか。

<input type="checkbox"/> 足腰が弱くなってきた	<input type="checkbox"/> 使いたいサービスがある	<input type="checkbox"/> 医師に勧められた（入院中）
<input type="checkbox"/> 家族・友人等に勧められた	<input type="checkbox"/> 要支援認定更新	<input type="checkbox"/> 要介護認定更新
<input type="checkbox"/> 医師に勧められた（外来通院中）		
設問2へ		要介護認定申請へ

2. あなたが利用を希望されるサービスはありますか。（すでに利用しているサービスを含む）

訪問介護・通所介護	通所リハビリ・訪問看護・福祉用具・住宅改修 ショートステイ・施設入所
設問3へ	要介護認定申請

3. あなたの生活状況を教えてください。

買い物や病院に行くときに、誰かに手伝ってもらっていますか？	いいえ	はい
食事・トイレ・入浴は、誰かに手伝ってもらっていますか？	いいえ	はい
最近、物忘れがひどいと感じることはありますか？	いいえ	はい
1週間外出できていないことがありますか？	いいえ	はい
	基本チェックリスト	要介護認定申請

《結果》

- 要介護認定申請 ※両方に○がある場合は、要介護認定申請欄にひとつでも○があれば要介護認定申請へ
- 基本チェックリスト

同意書 基本チェックリストを実施するために、このシートの個人情報を柏原市高齢者いきいき元気センターに提供することに同意します。

氏名 _____