

受付シート (Ver3)

受付	機 関	市・包括()・居宅()	
	年月日	令和 年 月 日	

被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
フリガナ			
対象者氏名			

このシートは明らかな要介護状態の方以外全ての方が記入します。

1. 現在、介護認定を受けていますか。
- ☐ 受けている 要介護(1 , 2 , 3 , 4 , 5) 要支援(1 , 2)
- ☐ 受けていない

2. 窓口相談に来られた理由は何ですか。 (詳細)
- ☐ 病院(主治医・看護師・相談員)に勧められた
- ☐ 家族や友人等に勧められた
- ☐ 高齢になった
- ☐ 日常生活が大変になってきた
- ☐ 使いたいサービスがある
- ☐ 認定有効期間が満了となるため
- ☐ その他()

3. 現在使っているまたは使う予定のサービスはありますか。

訪問介護(ホームヘルプサービス) 通所介護(デイサービス・週1回)	訪問看護 通所介護(デイサービス・週2回以上) 通所リハビリ(デイケア) 短期入所(ショートステイ) 福祉用具購入・貸与、住宅改修 介護保険施設への入所 小規模多機能等	
		特にな
		こちらのみに○がある

一般介護予防事業等をお勧めします。

○が1つでもついたら②へ

4. 生活状況について教えてください。

・歩行(不自由なく歩けるか) ・更衣(ひとりで着替えができるか) ・清潔(ひとりで体を洗えるか) ・食事(ひとりで食事ができるか) ・排泄(ひとりで排泄ができるか) ・認知症の有無	できる	つかまればできる・できない
	できる	一部の介助を要する・できない
	できる	一部の介助を要する・できない
	できる	一部の介助を要する・できない
	できる	一部の介助を要する・できない
	なし	ある
こちらのみに○がある	○がついたら①or②へ	

①基本チェックリスト

②要介護認定申請

事業対象者に該当した場合、被保険者証・負担割合証を下記機関が代理受領することを承諾します。

() 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所

本人氏名