

# 受付シート

受付者：市・包括・居宅

( )

どなたのご相談ですか？（本人・家族・その他） 記入日：

ふりがな			住所
対象者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	年齢 歳
家族状況			※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

1 窓口にご相談に来られた理由は何ですか。

- ( ) 医療機関に勧められた
- ( ) 家族が心配して・友人等に勧められて
- ( ) 足腰が弱くなってきたから
- ( ) 使いたいサービスがある
- ( ) その他( )

病名 ( ) ※ガン末期など、進行性の病気により病状不安定のため、3で正確に判定できない場合、②へ
---------------------------------------------------------

① 基本チェックリスト

② 要介護認定申請

※①と②の両方に該当した場合は②へ

2 現在、介護認定を受けていますか。

受けていない、要支援1、2	要介護1～5
---------------	--------

3 生活状況について

- 歩行(歩けるか、一人で外出できるか)
- 更衣(着替えができる)
- 清潔(一人でお風呂に入れる)
- 食事(一人で食事ができるか)
- 排泄(一人でトイレにいけるか)
- 日常生活に支障がある物忘れがある

できる・つかまれば可	できない
できる・一部助けが必要	できない
できる	できない
できる	できない
できる	できない
なし	ある

4 現在利用しているサービス又は使いたいサービスがありますか。

※注意  
質問2～3の回答がすべて①であり、質問4の回答が②の場合は、介護保険制度を説明し、本人等の希望を聞き取ること

訪問介護(ホームヘルプ)	訪問リハビリ・通所リハビリ
通所介護(デイサービス)	訪問看護・居宅療養管理指導
	福祉用具・住宅改修
	短期入所生活介護・施設入所
	その他( )

結果	①基本チェックリスト ②要介護認定申請
理由 申し送り事項	
メモ欄	