

介護相談受付表

※サービスを希望する人の情報・状況を記入してください

記入日 令和 年 月 日

サービス希望者氏名	介護保険被保険者番号		医療保険被保険者番号	
	フリガナ		介護度	支援 1・2・なし・申請中
		男・女		介護 1・2・3・4・5
			有効期間	～
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳			
住所	〒 電話番号			
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設（ケアハウス・グループホーム・特別養護老人ホーム・老健・） <input type="checkbox"/> 現在入院中（医療機関名 年 月頃から）			
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 現在介護保険のサービス（デイサービス・ヘルパー等）の利用（有・無） 移動： 独歩・杖歩行・押し車・車いす その他（） 排泄： 自立・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・オムツ 食事： 自立・一部介助・全介助 更衣： 自立・一部介助・全介助			
認知症状	・なし・軽度（物忘れ等）・中度（名前や食事を忘れる）・重度（意思の疎通が困難） ・同じ事を何度も言う・独り言・暴言・暴力・異食・昼夜逆転・意欲なし ・徘徊・介護抵抗・その他（）			
医療	既往歴 かかりつけ医			

キーパーソン (緊急連絡先)	氏名		入居者との間柄		
	住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
	同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居			
サービス希望時期	・ すぐ ・ 令和 年 月頃	サービス期間	有・無	金銭管理の希望	有・無